دار الأكاديمية
ACADEMY HOUSE

الأدوية والعلاجات النفسية

إعداد: شيراز محمد خضر

تعريب: فريق دار الأكاديمية للطباعة والنشر والتوزيـع



الطبعة الأولى
2022

C

الأدوية والعلاجات النفسية

ما هو العلاج النفسي؟ What is psychotherapy?

يستخدم مصطلح" العلاج النفسي "أحيانا للإشارة إلى كل العلاجات النفسية (في مقابل تلك العلاجات البيولوجية أو الجسدية). على سبيل المثال، قام بتعريفه هولمز Holmes و ليندلي Linndley (1989) على أنه: الاستخدام المنتظم للعلاقة بين المعالج والمريض -خلافا للأساليب الدوائية أو الاجتماعية - لإحداث تغييرات في الإدراك والمشاعر والسلوك.

وبالمثل:

العلاج النفسي هو شكل مميز من العلاج النفسي مثل استخدام العقاقير والجراحة والعلاج بالصدمة الكهربائية وعلاج غيبوبة الأنسولين (فريدمان وآخرون Freedman et al، ١٩٧٥).

"العلاج النفسي" (و "العلاج النفسي المتغير) يستخدم أيضا للإشارة إلى تلك الأساليب القائمة، بشكل مباشر أو غير مباشر، على التحليل النفسي لفرويد Freudويعرف هذا النهج أيضاً بالعلاجات المتبصرة ("العلاج بالتحدث" 'talking cures).

وكان التقليد الشائع في المملكة المتحدة، هو تناقض العلاج النفسي مع العلاج السلوكي، بينما في الولايات المتحدة يستخدم العلاج النفسي على نطاق أوسع ليشمل العلاج النفسي السلوكي وكذلك "العلاج النفسي المتغير". ومع ذلك، فإن مجلس المملكة المتحدة للعلاج النفسي (UKCP) لديه قسم للعلاج النفسي السلوكي (أعضاء ضمن الجمعية البريطانية للعلاج النفسي السلوكي والمعرفي)، وبالإضافة إلى قسم العلاج النفسي التحليلي والنفسي المتغير، تشمل الأقسام الأخرى؛ قسم العلاج النفسي الإنساني والتكاملي، والأسرة، والزواج والعلاج الجنسي.

حالياً (٢٠٠٩) هناك أكثر من 800 منظمة كأعضاء في مجلس المملكة المتحدة للعلاج النفسي UKCP United Kingdom Council for Psychotherapy، مجتمعة معاً في أقسام نوعية والتي تمثل جميع التقاليد الرئيسية لممارسة العلاج النفسي في المملكة المتحدة. وهناك عضوان مميزان هما الجمعية البريطانية لعلم النفس British Psychological Society (BPS)والكلية الملكية للأطباء النفسيين Royal College of Psychiatrists.

الرابطة البريطانية للاستشارة والعلاج النفسي The British Association for Counseling and Psychotherapy (BACP) هي أكبر وأوسع كتلة داخل القطاع.

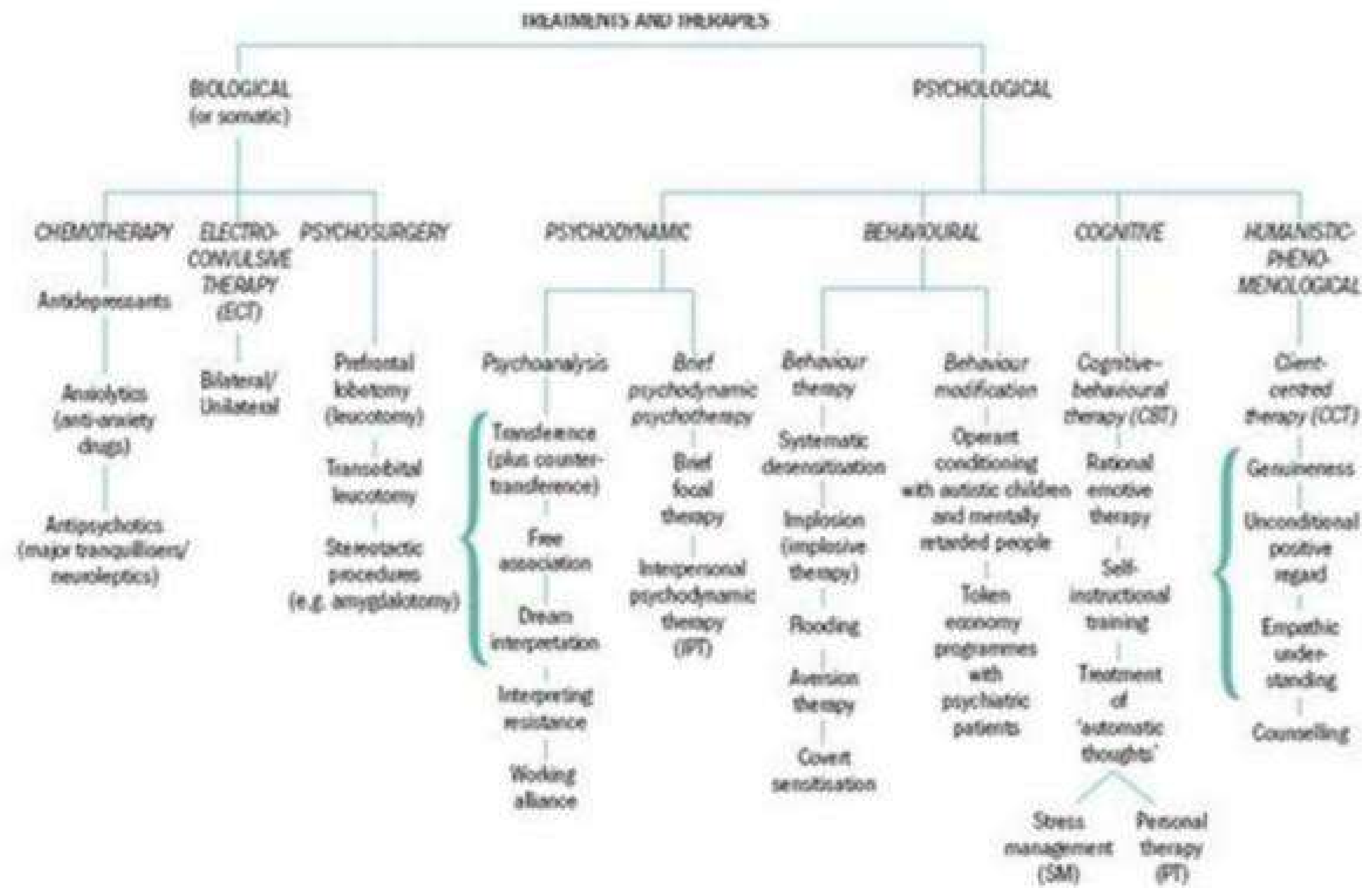


Figure 45.1 Major forms of treatment and therapy

اختبر معلوماتك

حاول تعريف (أو الاستدلال) على أي مبادئ (أو تفاصيل معينة) قد تُستخدم من قِبَل مختلف المناهج النظرية في علاج الاضطراب العقلي.



العلاجات البيولوجية(الجسدية)

BIOLOOGICALL (SOMMATIC) THERRAPIES

العلاج الكيميائي Chemotherapy

وهو يشتمل على استخدام العقاقير العقلية التي صممت للتأثير على الأعراض النفسية بالأساس، جليدر وآخرونGelder et al (١٩٩٩)

وقد قسمت مبادرة صحة المرأة Women's Health Initiative هذه المؤثرات إلى ست مجموعات، وفقا للإجراءات الأولية الخاصة (انظر الإطار ٤٥-١١). العديد منها أيضاً لها تأثيرات ثانوية (مثل أن مضادات الاكتئاب تقلل أيضاً من القلق). وسيكون التركيز هنا على مضادات الاكتئاب، ومزيلات القلق ومضادات الذهان.

مضادات الاكتئاب Antidepressants

الفرق الرئيسي بين مختلف أنواع مضادات الاكتئاب هو آثارها الجانبية، بدلاً من فعاليتها أو سرعة العمل (جليدر وآخرونGelder et al ، ١٩٩٩). جميعها تعمل على زيادة 5-HT وظيفة (السيروتونين)، والكثير منها يعمل على زيادة وظيفة هرمون النورادرينالين noradrenaline وأغلبها يمكن إعطاؤه مرة واحدة فقط في اليوم، لكنها عادة"تعطي مفعولاً" فقط بعد ١٠-١٤ يوماً.

وينبغي أن تنسحب ببطء :التوقف المفاجئ يمكن أن يسبب الهياج، والأرق والقلق والغثيان.

مثبطات أكسيداز أحادي الأمين Monoamine oxidase inhibitors(MAOIs)

وقد استخدم إيبرونيازيد Iproniazid أصلاً في عام ١٩٥٢ كعلاج لمرض السل –حيث أنه يرفع مزاج المرضى (دون تأثير على المرض، بالمناسبة). إيبرونيازيد والعقاقير ذات الصلة (مثلا فينيلزين phenelzine أو ناردیل (Nardil) تمنع نشاط إنزيم يعرف باسم أكسيداز أحادي الأمين monoamine oxidase (MAO)وزيادة تدريجية في مستويات نشاط الخلايا العصبية التي تستخدم النورادرينالين (مونوامين) و5-HTT.



الإطار ٤٥٥-١ Box 455. 1

الفئات الرئيسية للعقاقير العقلية (بناء على جيلدر وآخرون Gelder et al، ١٩٩٩)

مزيلات القلق تحد من القلق. لأن لديها تأثير مهدئ عام، وتسمى أحياناً المهدئات الصغرى. إنها تسبب النعاس في الجرعات الأكبر (وهكذا تسمى أحياناً منومات) وتساعد المنومات على النوم. والكثير من نفس النوع من الأدوية تستخدم كمزيلات للقلق.

تسيطر مضادات الذهان على الأوهام والهلاوس، والإثارة الحركية للذهان. ما يطلق عليه أحياناً المهدئات الكبرى بسبب تأثيرها المهدئ،ومضادات الذهان neuroleptics لما لها من آثار جانبية عصبية بهم، مثل تلك التي تشبه مرض باركنسونParkinson .

تستخدم الأدوية المثبتة للحالة المزاجية لمنع تكرار الاضطرابات العاطفية. وأحد هذه الأدوية هو كربونات الليثيوم (ليثين Lithane أو ليثونات Lithonate)، ويستخدم لعلاج اضطراب المزاج ثنائي القطب. ومضادات الاكتئاب تخفف من أعراض الاكتئاب، ولكنها لا ترفع الحالة المزاجية للأشخاص غير المكتئبين. وتُستخدم أيضاً لعلاج اضطرابات القلق، بما في ذلك الوسواس القهري. والمنبهات النفسية ترفع المزاج، ولكنها تستخدم بشكل رئيسي لعلاج فرط النشاط لدى الأطفال. وهذه عادة ما تكون أقل فاعلية من ثلاثية الحلقات عندما تستخدم لعلاج الاكتئاب الشديد، وليست أكثر فاعلية لحالات الاكتئاب البسيطة. ونادرا ما تكون الخيار الأول في العلاج بسبب آثارها الجانبية (بما في ذلك نزيف المخ) وتفاعلات خطيرة مع الأدوية والمواد الغذائية الأخرى (على الرغم

من أن مثبطات أكسيداز أحادي الأمين MAOIs المتقلبة أكثر أماناً).

ثلاثية الحلقات Tricyclics

وسميت بذلك لأن تركيبها الكيميائي الأساسي يشمل ثلاث حلقات كربون. كان إميبرامين Imipramine (توفرانيل)Tofranil(وأميتريبتيلين amitriptylineأول ما تم تقديمه والتي لا يزالان مستخدمين كمعيار لمقارنة مضادات الاكتئاب الأخرى. ويبدو أنها تعمل من خلال إعاقة إعادة امتصاص الدوبامين والنورادرينالين، ولكن البعض منها أيضاً يمنع امتصاص السيروتونين. وأنواع أخرى تمنع السيروتونين وحده، والبعض الآخر ليس له تأثير معروف على أي من هذه الأنظمة (هامليتون Hamilton وتيمونسTimmons ، ١٩٩٥). وهي فعالة في علاج كل من الاكتئاب البسيط والحاد، والخيار الأول من العقاقير في الأخير. ومع ذلك، لها العديد من الآثار الجانبية، بما في ذلك آثار سامة على نظام القلب والأوعية الدموية. ونتيجة لذلك، تم تدريجياً استبدال ثلاثية الحلقات المعدلة بها (مثل لوفبرامين lofepramine وترازودون trazedone)، والتي تسبب آثاراً جانبية أقل (جليدر وآخرون Gelder et al، ١٩٩٩).

مثبطات امتصاص السيروتونين المحددة(SSRIs)

Specific serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)

عقاقير" الجيل الثاني "هذه تمنع بشكل انتقائي امتصاص السيروتونين في الخلايا العصبية قبل المشبكية presynaptic neurons ، وذلك، أنها تجعل المزيد من السيروتونين متاحاً. والأمثلة عليها تشمل الباروكستين paroxetine وفلوكستين fluoxetine بروزاك(Prozac) . ويبدو أنها فعالة مثل ثلاثية

الحلقات في علاج الاكتئاب الخفيف، وهي أكثر أماناً للمرضى الذين يعانون من المياه الزرقاء والجرعات الزائدة. وسرعان ما أصبح بروزاك من الأدوية المضادة للاكتئاب الأكثر شيوعاً التي يتم وصفها للمرضى (كوستيلو وآخرون Costello et al، ١٩٩٥)، وأصبح يتم استخدامه من قبل أكثر من ٣٨ مليون شخص منذ بدء العمل به في عام ١٩٨٨ (بوسيليBossley ، ١٩٩٩).



اختبر معلوماتك

أحد جوانب الجدل الدائر عن بروزاك Prozac هو استخدامه"كعقار مُصمَم كبديل للدواء الأصلي'designer drug'" ينادي كرامر Kramer (١٩٩٣) بأن الجميع سيستفيد من تعاطيه، حيث أنه يجعل الناس أكثر حزماً ومرحاً، ويحسن العلاقات. ويعتقد كرامرKramer ، أننا في المستقبل القريب، سنكون قادرين على تغيير "أنفسنا" بسهولة كما نغير ملابسنا ("علم الأدوية النفسية التجميلي"). حتى لو كان هذا ممكناً، هل تعتقد أنه أمر صحيح؟

مناقشة نقدية ٤٥-١

CRITICAL DISCUSSION 4 5. 1

الجدل الدائر حول بروزاك Prozac (وسيروكستSeroxat): الحبوب "الآمنة" التي يمكن أن تقتل

تتوقع منظمة الصحة العالمية (WHO) أن الاكتئاب سيصبح هو الشكل الرئيسي لاعتلال الصحة في جميع أنحاء العالم، وتشير التقديرات إلى إصابة واحد من كل ثلاثة أشخاص بحلول ٢٠١٠ (مونروMunrro ، ٢٠٠٠). هذا يعني ١٨ مليون شخص مكتئب في المملكة المتحدة وحدها. وفقاً لمونرو (٢٠٠٠):

لقد ترسخت العقاقير مثل بروزاك في أذهان كل من المختصين والعامة كأمثل علاج للاكتئاب. هناك قلق متزايد من أن الاستخدام واسع النطاق لمضادات

الاكتئاب يحجب تطور الأشكال الأخرى من العلاج، مثل العلاج المعرفي. وقد يتفاقم هذا الاتجاه من خلال القدرة على التحمل المتزايد للفلوكستين.



Figure 45.2 Prozac – the world's favourite antidepressant

تم تسويق بروزاك كدواء العجائب (مونروMunro ، ٢٠٠٠)، وكانت أكثر نغمة سائدة لبيعه أنه يكاد يكون من المستحيل أن تقتل نفسك بجرعة زائدة. ولكن منذ إطلاقه في عام ١٩٨٨ في الولايات المتحدة (وفي المملكة المتحدة بعدها بفترة وجيزة)، كان هناك سلسلة من التقارير المثيرة للقلق عن العنف والانتحار التي ارتكبها أشخاص تم وصف الدواء لهم من قبل أطبائهم. وقد قامت عائلات الضحايا والقتلة بمقاضاة ايلي ليلي Eli Lilly (انظر أدناه) في ٢٠٠٠ دعوى قضائية (بوسيليBoseley ، ١٩٩٩).

وقد حاول الانتحار حوالي ٢٥٠,00٠ شخص في أنحاء العالم ممن يتعاطون بروزاك (بسبب العقار)، وسينجح في هذا حوالي ٢٥,000 شخص. وقد عرف ايلي ليلي EliLilly منذ فترة طويلة منذ ١٩٧٩ أن بروزاك يمكن أن يتسبب

لبعض الناس، في حالة هياج غريبة للعقل والتي يمكن أن تؤدي إلى رغبة لا يمكن إيقافها للقتل أو الانتحار. هذا اضطراب نفسي معروف بها يسمى تعذر الاستقرار الجسديakathisia ، والذي طالما ارتبط بالأدوية المضادة للذهان (مثل الكلوربرومازينchlorpromazine). ولكن بينما تبعد هذه العقاقير الرغبة لفعل أي شيء من المشاعر العنيفة/ الانتحارية، فإن بروزاك لا يقوم بذلك (بوسيليBoseley ، ١٩٩٩). ونوع آخر من مثبطات امتصاص السيروتونين الانتقائيةSSRI Selective serotonin reuptake inhibitor ، سيروكستSeroxat ، الذي ثبت على الأقل أنه مثير للجدل. يعد سيروكست Seroxatمن بين أكثر العقاقير مبيعاً في العالم، ويتعاطاه حوالي 600.000- 800.000 شخص في المملكة المتحدة، منهم نسبة كبيرة تحت عمر ٣٠ سنة (لورانسLaurrance ، ٢٠٠٤).

في عام ٢٠٠٣، تم حظر سيروكست Seroxat في المملكة المتحدة لمن هم دون سن ١٨ سنة بسبب زيادة خطر الانتحار. وقد طُبق الحظر ليشمل جميع مثبطات امتصاص السيروتونين الانتقائية SSRI الأخرى - باستثناء بروزاك. وفقا لمجموعة مستخدمي سيروكستSeroxat ، فإنه لا يزال يتم وصفه للأطفال أقل من ١٨ سنة على الرغم من الحظر (تاونسند Townsend ، ٢٠٠٤).

ما مدى فاعلية مضادات الاكتئاب؟ How effective are antidepressants?

ما يعنيه هذا السؤال عادة هو: ما مدى فاعلية مضادات الاكتئاب عن الأدوية الإيحائية الوهمية placebos ("العقاقير الوهمية"، وحبوب السكر الخاملة عادة). وقد طالع فيشر Fisher وجرينبرج Greenberg (١٩٩٥) ١٥ مراجعة منفصلة للأدبيات المتعلقة بمضادات الاكتئاب بالإضافة إلى اثنين من التحاليل الإبداعية واسعة النطاق ("دراسات الدراسات": انظر الإطار ٤٥-٧). وعموماً، تبدو فاعلية مضادات الاكتئاب متواضعة، مع معدل الانتكاس المرتفع (أكثر من ٦٠ بالمئة) بين هؤلاء الذين استجابوا للأدوية بصورة إيجابية ولكن بعد ذلك يتم أقلعوا عنها. تميل فوائدها أيضاً للتناقص بعد بضعة أشهر، حتى مع الاستمرار في تعاطيها. ناقش فيشر Fisher وجرينبرج Greenberg أيضاً منهجية تجارب العقاقير. في التصميم الكلاسيكي مزدوج التعمية double-blind design، لا يعرف المريض ولا الباحث ما إذا كان المريض يتلقى العقار أم دواءً وهمياً. ولكن عندما لا يقوم الدواء (غير النشط) الوهمي بإنتاج عدد من الأحاسيس الجسدية مثل ما تنتجه العقار، فسرعان ما يتعلم المشاركون التمييز بينهما. على سبيل المثال، يسبب إيميبرامين imipramine جفاف الفم، والرعشة، والتعرق والإمساك. ويمكن استخدام هذه الآثار الجانبية من قبل أولئك الذين يديرون تجربة العقار / الدواء الوهمي لتحديد فترات "التشغيل 'ons' "و"الإيقاف'offs' "، وقد يقومون بنقل التوقعات الناتجة عن ذلك لآثار العقار / الدواء الوهمي للمشاركين.

لهذه الأسباب،الأدوية الوهمية النشطة (مثل الأتروبينatropine)، والذي يحدث آثاراً جانبية، يستخدم في بعض الأحيان. في إحدى المراجعات استشهد فيشر Fisherوجرينبرج Greenberg (١٩٩٥)، ب٦٨ دراسة أجريت بين عامي ١٩٥٨ و ١٩٧٢ واستخدمت دواءً وهمياً خاملاً وتمت مقارنته بسبعة استخدموا الأتروبين. وُجد أن مضادات الاكتئاب تفوق الأدوية الوهمية بنسبة ٥٩ في المائة عن السابقة، ولكن بنسبة ١٤ في المئة فقط في اللاحقة (دراسة واحدة).

المقامرة ومثبطات امتصاص السيروتونين الانتقائية

Gambling and Selective serotonin reuptake inhibitors SSRIs

لا تستخدم مضادات الاكتئاب فقط لعلاج الاكتئاب. في واحد من التقييمات القليلة لعلاجات العقاقير لعلاج القمار المرضي pathological gambling ، هولاندر وآخرون Hollander et al (٢٠٠٠، في بينيت Benne، ٢٠٠٦) لتقييم فاعلية فلوفوكسامينfluvoxamine ، وهو أحد مثبطات امتصاص السيروتونين الانتقائيةSSRI ، في دراسة صغيرة تضم ١٥ شخصاً؛ تم علاجهم لأول مرة بدواء وهمي قبل الدخول في فترة ثمانية أسابيع من العلاج الفعال. وعلى الرغم من أن عشرة أشخاص فقط أكملوا الدراسة، أظهرت العقاقير فائدة كبيرة، مع انخفاض أكبر في لعب القمار، والرغبة في المقامرة مما كانوا عليه الأمر في مرحلة العلاج الوهمي. يستشهد بينيت Bennett

بدراستين آخريين، أكثر حداثة، استنسخت هذه النتائج باستخدام مثبطات امتصاص سيروتونين انتقائية SSRI أخرى.

مزيلات للقلق Anxiolytics

1. الاستخدام الأنسب لمزيلات القلق للحد من القلق الشديد. وينبغي أن تُوصف لفترة قصيرة فقط (عادة بضعة أيام، ونادراً ما تزيد عن ٢–٣ أسابيع) لأنها يمكن أن تؤدي إلى العصبية والاعتماد عليها. تفيد التقارير عن آثار الانسحاب في الأشخاص الذين استخدموها لأكثر من ستة أشهر: تشتمل متلازمة الانسحاب على الخوف والقلق، والرعشة ووخز العضلات. الكلورديازيبوكسيد Chlordiazepoxide(تم تسويقه باسم ليبريومLibrium) والديازيبام diazepam(فاليومValium) الذي ظهر في وقت مبكر من ستينيات القرن العشرين، سرعان ما أصبحوا من أكثر العقاقير التي يتم وصفها على نطاق واسع في وقتهم. في عام ١٩٨٩، على سبيل المثال، كان هناك ٢١ مليون وصفة طبية في المملكة المتحدة وحدها (راسول Rassol ووينجتون Winnington ، ١٩٩٣).

الكلورديازيبوكسيد Chlordiazepoxide والديازيبام diazepam والبنزوديازيبينات benzodiazepines (أمثلة أخرى تكون التيمازيبام temazepam وفلورازيبام flurazepam)، التي تعمل عن طريق تسهيل

نشاط حمض الجاما-أمينوبيوتيريك Gamma-Amino butyric acid(γ- Amino butyric acid) GABA يلعب الدور الرئيسي في الحد من استثارة الخلايا العصبية في جميع أنحاء الجهاز العصبي. ومثلما هي مزيلات للقلق، ومهدئات وذات آثار منومة، فلديها أيضا خواص مرخية للعضلات ومضادة للاختلاج (جليدر وآخرون Gelder et al، ١٩٩٩).

الإطار ٤٥-٢

انسحاب الكحول – إزالة السموم

Withdrawal from alcohol – detoxification

عندما يقوم شخص ما يعتمد على الكحول، بوقف مفاجئ للشرب قد يسبب ذلك أعراض انسحاب شديدة، بما في ذلك الهذيان الارتعاشي والنوبات المرضية. وحيث أن هذه المضاعفات قد تكون خطرة، ينبغي أن يتم الانسحاب (إزالة السموم) تحت إشراف طبي، سواء كان في المنزل أو المستشفى. في الحالات الأقل شدة، وحيث لا توجد أي أمراض جسدية ملحوظة أو تاريخ من نوبات الانسحاب السابقة يمكن أن تتم إزالة السموم في المنزل تحت إشراف الممارس العام.

وحيث أنه من غير المرجح أن ينجح المرضى الاعتماديون في الحد من الكحول تدريجياً، فعادة ما يكون الأفضل إيقاف الكحول، واستبداله بعقار من شأنه منع الهذيان الارتعاشي أو النوبات، ثم سحب هذا العقار تدريجياً. والبنزوديازيبينات Benzodiazepines(مثل diazepam and di chlordiazepoxide) هي الاختيار الأول في العقاقير (جليدر وآخرون Gelder et al، ١٩٩٩). في معظم الانسحابات التي يتم التخطيط لها، تنتج هذه العقاقير دورة انسحاب أكثر سلاسة، ولكنها أقل تفضيلاً (جليدر وآخرون Gelder et al، ١٩٩٩). ومع ذلك فهي قابلة لأن يساء استخدامها، لا ينبغي أن تستخدم البنزوديازيبينات بشكل مستمر لمدة أطول من ١٤ يوماً لأن المريض قد يصبح معتمداً عليها. في المستشفى، يمكن استخدام جرعات أقل، وتكون مصممة خصيصاً لدى ظهور أعراض الانسحاب كما تم تصنيفها من قبل

طاقم التمريض.

مضادات الذهان Antipsychotics

مضادات الذهان (أو المهدئات الرئيسية) وضعت أصلا لتهدئة المرضى الذين يواجهون عملية جراحية، وقد أثبتت فاعلية كبيرة في خفض نسبة الوفيات من الصدمة الجراحية. وبعد قليل استُخدم الكلوربرومازين Chlorpromazine (الاسم التجاري لارجاكتيلLargactil) والفينوثيازين phenothiazines المرتبط به مع المرضى النفسيين (ابتداء من أوائل خمسينات القرن العشرين). لقد أحدثت هذه العقاقير ثورة في الطب النفسي من خلال السماح للمرضى الفصام الأكثر شعوراً بالانزعاج للعيش خارج مستشفى الأمراض النفسية، أو للحد من متوسط طول بقائهم بها. ومع ذلك، فقد أطلق العديد من النقاد على هذه الأدوية مسمى "قمصان المجانين الدوائية" أو مقيد التصرفات الدوائي. وهي فعالة في علاج الأعراض النشطة والحادة من الفصام، مثل الهلوسة، والإثارة، واضطراب التفكير والأوهام. يبدو أنها تعمل من خلال إعاقة المستقبل D22 للدوبامين. ومع ذلك، فإنها لا تلمس الأعراض السلبية (التبلد العاطفي، وبطء الكلام والحركة، وعدم وجود الحافز، والانسحاب الاجتماعي: انظر الجداول ٤٤-١، و٤٤-٢).

الإطار ٤٥-٣

بعض الآثار الجانبية للأدوية المضادة للذهان

Some side effects of antipsychotic drugs

فوق الهرمية : Extrapyramidal (EP)

اضطراب التوتر الحاد (تقلص العضلات اللاإرادي)، وتعذر الجلوس akathisia (عدم الاستقرار الداخلي، والإثارة والمشي جيئة وذهاباً)، أعراض داء باركنسون

Parkinsonism) المشية المتثاقلة، والرعاش، وتلاشى تعابير الوجه، الخ) وخلل الحركة المتأخر قق-حركات المضغ والامتصاص، وتقطيب قسمات الوجه، وتعذر الجلوس).

مضادات الكولين :Anticholinergic جفاف الفم، وعدم وضوح الرؤية، وانخفاض ضغط الدم (والتي قد تسبب نوبات إغماء)، والإمساك، والمياه الزرقاء.

متلازمة الذهان الخبيث :Neuroleptic malignant syndrome

تذبذب مستويات الوعي، وارتفاع الحرارة، تصلب (تيبس) العضلات ('أنابيب الرصاص')، والاضطرابات اللاإرادية (مثل عدم استقرار ضغط الدم، وسلس البول وعدم انتظام دقات القلب). بينما هذا أمر نادر الحدوث، إلا أنها يمكن أن تكون مهددة للحياة، ويمكن أن يحدث هذا مع العقاقير المضادة للذهان، في أي جرعة، في أي وقت (هوتونHutton ، ١٩٩٨).

(بناءً على جليدر وآخرونGelder et al ، ١٩٩٩).

أحدث، العقاقير المضادة للذهان "غير القياسية'atypical "، مثل كلوزابين clozapineوريبيريدونriperidonne ، أقل عرضة للتسبب بأعراض فوق الهرمية (EP) Extrapyramidal ويمكن أيضاً أن تعالج الأعراض السلبية لمرض انفصام الشخصية. كلوزابين هو أيضاً أول دواء غير قياسي ثبتت فاعليته في علاج المرضى الذين فشلوا في الاستجابة لمضادات الذهان "النموذجية " typical'مثل الكلوربرومازين chlorpromazine (الرعاية الصحية الفعالة Effective Health Care، جليدر وآخرونGelder et al ، ١٩٩٩).

العلاج الكهربائيElectroconvulsive therapy (ECT)

في عام ١٩٣٨، طبيبان إيطاليان سيرليتي Cerletti وبينيBinni ، بإعطاء أول صدمة كهربائية للدماغ لمريض نفسي، على افتراض أنه إذا تم حث نوبة صرع كبيرة بما يناسبها (اصطناعياً)، ينبغي أن يؤدي هذا إلى خفض أو القضاء على أعراض الفصام. بدأ استخدام العلاج بالصدمة الكهربائية (ECT) على نطاق واسع في الولايات المتحدة الأمريكية في وقت مبكر من أربعينات القرن العشرين. ومن المفارقات، أنه وُجد أنه أكثر فاعلية في علاج الاكتئاب الشديد عنه في علاج انفصام الشخصية، ويستخدم الآن بشكل رئيسي مع مرضى الاكتئاب.

الإجراء المتبع The procedure

ويتم إراحة المريض على السرير، ويخفف إحكام الملابس وتنزع الأحذية وأطقم الأسنان. يعطى الأتروبين كدواء روتيني قبل التخدير (لتجفيف اللعاب وإفرازات الشعب الهوائية)، ثم ثيوبينتونthiopentone ، وهو مخدر سريع المفعول، يليه ما يرخي العضلات. يتم إعطاء صدمة كهربية بقوة ٧٠-١٥٠ فولت تستمر لمدة0,04- 1,00ثانية عن طريق الأقطاب الكهربائية (مجاديف'paddles‘) ويتم تثبيتها على الصدغين، تنتج تشنج معمم يدوم لمدة تصل إلى دقيقة (تُكتشف بواسطة وخز الوجه والأطراف). عادة، يتم عمل معالجة إلى ثلاث معالجات في الأسبوع لمدة ثلاثة إلى أربعة أسابيع. والأقل شيوعاً، إعطاء العلاج مرة كل أسبوعين إلى أربعة أسابيع لمدة ستة أشهر أو أكثر لمنع الانتكاس (الاستمرار أو الحفاظ ECT:continuation or maintenance بينيتBennett ، ٢٠٠٣).



Figure 45.3 ECT as it is carried out today. Despite the technical improvements, ECT is a highly controversial treatment

يعتقد العديد من الأطباء النفسيين أن الأفضل للاكتئاب الشديد هو العلاج الكهربائي الثنائي (قطب واحد على كل من جانبي الرأس)، حيث أنه يعمل بسرعة أكبر ويقلل عدد المعالجات المطلوب. (كانت هذه هي الممارسات الشائعة حتى فترة الخمسينيات من القرن العشرين.) في العلاج الكهربائي من جانب واحد، يتم تطبيق إلكترود إلى النصف الجانبي غير المسيطر (الجانب الأيمن بالنسبة لمعظم الناس) للحد من الآثار الجانبية، وخاصة اضطراب الذاكرة (بينتون Benton، ١٩٨١).

خلافاً للاعتقاد السائد، أن العلاج الكهربائي لا يزال يستخدم على نطاق واسع. بدأ استخدامه ينخفض بشكل كبير خلال خمسينيات القرن العشرين مع إدخال العقاقير العقلية، ولكن تم إعطاؤه إلى ١١٣٤٠ مريضاً في إنجلترا وويلز عام ١٩٩٩ (وصلت ذروته إلى ٢٨٨,000 في عام ١٩٨٥). كان الثلثان من هؤلاء من النساء، و٤١ في المائة فوق ٦٥ سنة، و١٥ في المائة في المستشفى تابعين للقسم (أي بغير إرادتهم). ونادراً ما يُستخدم في اليابان والعديد من الدول الأوروبية الأخرى (جونستونJohnston ، ٢٠٠٣).

الآثار الجانبية Side effects

لقد طغى إلى حد كبير النقاش حول أخلاقيات العلاج بالصدمات الكهربائية على مسألة فاعلية هذا النوع من العلاج. حيث عارضته العديد الجهات لأسباب أخلاقية في المقام الأول، هذه الجهات هي؛الجمعية الوطنية للصحة النفسية MIND (the National Association for Mental Health)و(حماية حقوق المريض النفسي في العلاج PROMPT) Protect the Rights of Mental Patients in Therapyفي المملكة المتحدة، و(شبكة مناهضة الاعتداء النفسي NAPA) Network Against Psychiatric Assaultفي الولايات المتحدة الأمريكية. يصفه بعض الناس بأنه تجربة مرعبة، ويعتبرونه بمثابة غزو يُسيئ للاستقلال الشخصي (بينيتBennett ، ٢٠٠٣). وبعض الذين جربوه يرون أنه تكرار مؤذي للصدمات السابقة (مثل الاعتداء الجسدي والجنسي)، ويدمر تدريجياً ثقتهم في العاملين في مجال الصحة النفسية (جونستونJohnston ، ١٩٩٩؛ الجمعية الوطنية للصحة النفسيةMIND ، ٢٠٠١). والاستمرار في استخدام العلاج بالصدمات الكهربائية في ضوء هذه الحسابات يصبح قضية أخلاقية.

وفقاً لسازس Szasz (١٩٧١):

تتطلب الكهرباء كشكل من أشكال العلاج التضحية من المريض كشخص، [ومن] الطبيب النفسي باعتباره المفكر الباحث / العيادي والممثل الأخلاقي.

ترتبط أخلاقيات العلاج بالصدمات الكهربائية أيضاً بآثاره الجانبية. وترتبط المخاطر على المدى القصير بإعطاء مخدر، وحدوث نوبة صرع. وتشمل الآثار الجانبية على المدى الطويل اضطراب الذاكرة، مثل فقدان الذاكرة الرجعي (الفشل

في تذكر ما حدث قبل العلاج) وضعف القدرة على الحصول على ذكريات جديدة. ولكن لأن الاكتئاب مرتبط باختلال وظائف الذاكرة، فمن غير الواضح إلى أي مدى العلاج بالصدمات الكهربائية نفسه مسؤول (بينتونBenton ، ١٩٨١). يكون المريض عادة مشوشاً لمدة تصل إلى ٤٠ دقيقة بعد العلاج، ولكنه يسترجع الأحداث قبل العلاج تدريجياً (على الرغم من أن هناك درجة معينة من فقدان الذاكرة قد تستمر لعدة أسابيع). وقد قلل التحول من العلاج الكهربائي الثنائي إلى العلاج الكهربائي من جانب واحد من حجم العجز في الذاكرة (بينيتBennett ، ٢٠٠٣). لكن يبدو أن الضعف الادراكي لا مفر منه لعدد غير معروف من المرضى. خلافاً للكلية الملكية للأطباء النفسيين (RCP, 1997 Royal College of Psychiatrists) الذين يزعمون أن العلاج بالصدمات الكهربائية ليس له أي آثار طويلة المدى على الذاكرة أو الذكاء، يدعي النقاد (مثل برجنBregin ، ١٩٩٧) أن العلاج بالصدمات الكهربائية لا يؤدي فقط لفقدان الذاكرة، ولكن أيضاً للخلل العقلي والعاطفي العام.

وفقاً لدافيسون وآخرون Davison et al (٢٠٠٤):

بالنظر إلى أن الانتحار هو إحتمالية حقيقية بين الأشخاص المصابين بالاكتئاب وبالنظر للموقف الأخلاقي الذي يُعلي من شأن الحفاظ على الحياة، يكون استخدام العلاج بالصدمات الكهربائية، على الأقل بعد فشل الطرق الأخرى، والذي يعتبره الكثيرون علاجا مسؤولاً. علاجات أخرى يمكن الدفاع عنها وتتماشى مع هذا الاستنتاج أن حقيقة أن العلاج بالصدمات الكهربائية يستخدم بشكل متزايد كخط العلاج الثاني لهؤلاء المرضى الذين لا يستجيبون للعقاقير

المضادة للاكتئاب، وربما العلاجات النفسية. هؤلاء الأفراد "المقاومون للعلاج" من المرجح أن يكونوا الأكثر عرضة لخطر الانتحار أيضاً.

ما مدى فاعلية العلاج بالصدمات الكهربائية How effective is ECT?

يُمثل رأي الطب النفسي الحالي في المملكة المتحدة من خلال دليل الكلية الملكية للأطباء النفسيين للعلاج بالصدمات الكهربائية (١٩٩٥)، والذي ينص على "العلاج بالصدمات الكهربائية هو علاج فعال في مرض الاكتئاب الشديد" وأحيانا في حالات أخرى، مثل الذهان والهوس دعماً للعلاج بالصدمات الكهربائية، ويستشهد الدليل بدراسة أجراها بوشان وآخرون Buchan et al (١٩٩٢)، والذين قاموا بمقارنة صدمات كهربائية صورية (وهمية) مع الصدمات الكهربائية الحقيقية، وقاموا بمتابعة المرضى خلال أربعة أسابيع وستة أشهر بعد العلاج. وقد استنتجوا أن: (أ) "لا يبدو أن العلاج بالصدمات الكهربائية الحقيقي فعالاً في غير المتخلفين، والمرضى غير المخدوعين" و(ب) اختفت أي فوائد للمرضى المتخلفين أو الموهومين بعد ستة أشهر. وهذا لا يكاد أن يكون دليلاً داعماً مقنعاً تماماً!

كانت استعراضات الأبحاث (على سبيل المثال برجين Breggin ، ١٩٩٧) بشكل عام غير قادرة على إيجاد أي دراسات محكومة -مضبوطة- تبين أن فوائد العلاج بالصدمات الكهربائية تدوم لفترة أطول من أربعة أسابيع. ومعدل الانتكاس مرتفع أيضاً (الكلية الملكية للأطباء النفسيينRCP ، ١٩٩٥). وفقا لأبرامز Abrams (١٩٩٧، مؤلف كتاب معيار العلاج بالصدمات الكهربائية): باحثو العلاج بالصدمات الكهربائية المعاصرون لم يعد لديهم أي أفكار أكثر عن

العلاقة بين الأحداث البيولوجية في الدماغ وبين الاستجابة للعلاج بالصدمات الكهربائية أكثر مما كانت عليه في وقت الطبعة الأولى من هذا الكتاب - وهو ما يعني، لا شيء على الإطلاق.

اختبر معلوماتك

بما أننا لا نعرف كيف يعمل العلاج بالصدمات الكهربائية (أوما إذا كان يعمل)، فهل ينبغي أن يُستخدم على الإطلاق؟

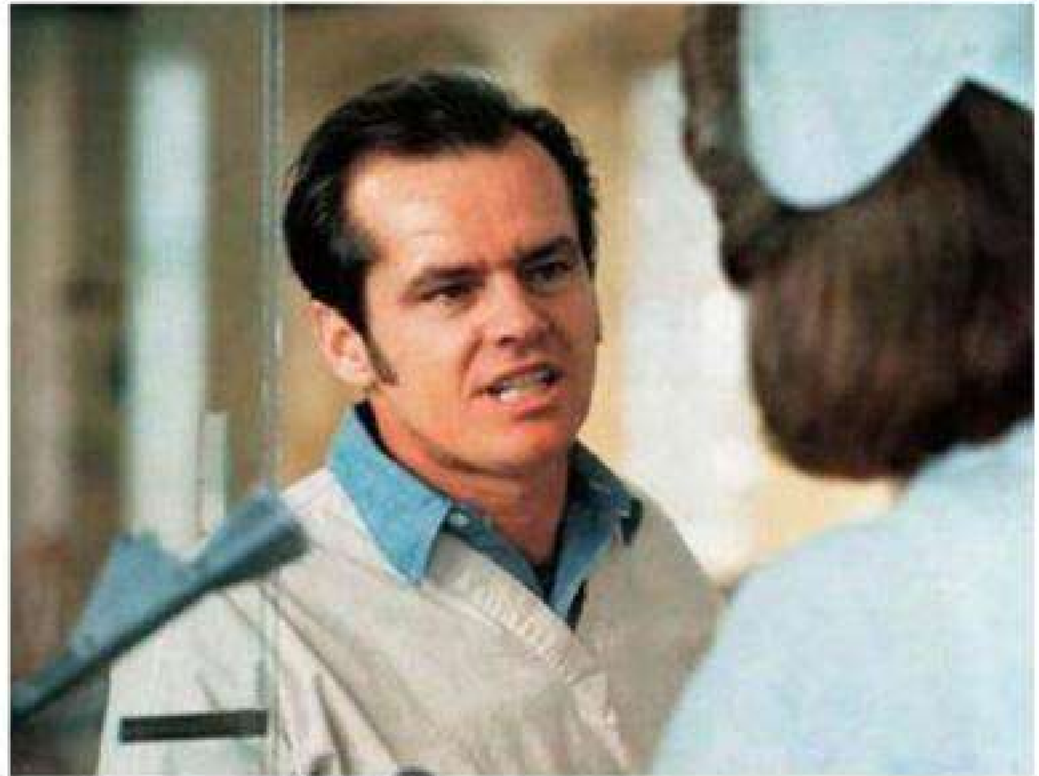


Figure 45.4 Jack Nicholson as McMurphy and Louise Fletcher as Nurse Ratchet in *One Flew Over the Cuckoo's Nest* (1975)

يجادل بينتون Benton (١٩٨١) بأن هذا ليس سبباً لعدم استخدامه: وتقع العديد من العلاجات الطبية ضمن هذه الفئة (مثل استخدام الأسبرين في علاج الصداع). ولكن، برجين Breggin (١٩٩١، ١٩٩٧)، يدعي أن العلاج بالصدمات الكهربائية ECT "يعمل" من خلال التسبب في تلف في الدماغ.

المرضى الذين يعانون إنكار العاهة anosognosia، وهي الحالة التي ينكر فيها المرضى الصعوبات النفسية والجسدية التي يواجهونها (تماماً مثل 'علاج' الاكتئاب الممتد لفترات طويلة من خلال البقاء في حالة سكر دائم). وفي حين أن فقدان الذكريات المؤلمة قد يعطي شعوراً بالارتياح، قد يفهم بالخطأ كل من طاقم العلاج وبالمثل المرضى هذه الحالة على أنها حالة تحسن.

الإطار ٤٥٥-٤

التحفيز العميق للدماغ Deep brain stimulation

يشير التحفيز العميق للدماغ DBS إلى استخدام تيار كهربائي لتغيير وظائف المخ من خلال وضع أقطاب كهربائية في عمق الدماغ. تستشهد أينسوورث Ainsworth(٢٠٠٨) بالأبحاث التي شملت مرضى الاكتئاب أو الوسواس القهري والذين قاوموا كل أشكال العلاج الأخرى، مما يترك المرضى بميول انتحارية ومعاقين بشكلٍ عميق؛ بعد تلقيهم التحفيز العميق للدماغDBS ، تمكنوا من الخروج، والاحتفاظ بوظائفهم وتكوين علاقات. يجري الآن تجربتها مع الأشخاص الذين يعانون من إدمان المخدرات، وفقدان الشهية العصبي، والسكتة الدماغية ومرض باركنسون، والاضطرابات الحركية الأخرى.

في حالة الاكتئاب، وتشمل مناطق الدماغ التي تم استهدافها حتى الآن الحزامية subgenual cingulate والنواة المتكئة nucleus (NA) accumbens وهي المنطقة المسؤولة عن المكافآت بالدماغ البشري. ويفتقد الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب الشديد القدرة على تجربة المتعة، مما يشير إلى أن أنظمة المكافأة لديهم معيبة. كانت منطقة النواة المتكئة (NA) هدفاً جذاباً للتحفيز العميق للدماغ التي تشتمل على الثواب والمتعة وكذلك المشاعر لأنها تعالج السلوك التأملي التحفيزي. كما تستقبل وترسل النواة المتكئة NA مدخلات ، مخرجات ، من وإلى عدة دوائر مختلفة بالدماغ ، والكثير منها يشترك في معالجة المشاعر (بما في ذلك الحزاميةsubgenual). وقد حقق التحفيز العميق للدماغ DBS تحسناً فورياً (أينسوورثAinsworth ، ٢٠٠٨).

التحليل النفسي والمناهج النفسية المتغيرة (المتفاعلة) الأخرى

PSYCHOANALYSIS AND OTHER PSYCHODYNNAMIC APPROACHES

في نموذج فرويد Freud للاضطرابات النفسية، تم وصف الأعراض العصابية كحلول وسيطة بين المطالب المتعارضة التي تحدث في الأنا من خلال الهوية وبين الأنا العليا. الأعراض (جنباً إلى جنب مع الأحلام والدفاعات) هي تعبير عن الصراع الحتمي الذي يطرح نفسه من هذه المطالب المتعارضة، في الوقت نفسه، تحاول التعامل معها.

عندما يواجه الشخص القلق، تعطي الأنا إشارة أنها تخشى أن تطغى عليها هوية كلية قوية (القلق العصابي)، ولذا يجب عليها حشد دفاعاتها. والقلق هو السمة المميزة لمعظم الاضطرابات العصبية، ولكن، فيما عدا في 'القلق العائم' ' free floating anxiety'، يتم توجيهها أو تحويلها بطريقة أو بأخرى (اعتماداً على أي دفاع معين يتم استخدامه). ونتيجة لذلك، فإن الأعراض الناتجة تجعلها أقل ترجيحاً حيث أنه قد تم رصد الطبيعة الحقيقية للمشكلة (أي الصراع الكامن). ينطوي الرهاب، على سبيل المثال، على الكبت (مثل جميع أنواع العصاب)، بالإضافة إلى الإحلال (إحلال شيء مكان شيء) والإسقاط.

اختبر معلوماتك

حاول تفسير رهاب هانز الصغير من التعرض للعض من قبل حصان من حيث هذه الدفاعات الثلاثة للأنا.

ويمكن تفسير رهاب هانز من الحصان من حيث:

قمعه لغضبه المفعم بالغيرة والكراهية تجاه والده ومسقطاً لهذه المشاعر على والده، وبالتالي رؤيته باعتباره تهديداً، وشخصية قاتلة، وإحلال هذا التصور عن والده إلى "هدف أكثر أماناً، وهي الخيول.

يعتقد فرويد أن الأجسام الرهابية ترمز إلى الشيء الذي تكون بديلاً له.

العصاب هو حلول لمشاكل الفرد ولكنها غير قادرة على التأقلم :إنها لا تساعد في حل الصراع، ولكنها تساعد على تجنبه فقط (في كلٍ من التفكير والسلوك). ويقوم السلوك العصابي عادة بخلق توتره وتعاسته الخاصين -وهذا هو التناقض العصبي .neurotic paradox

اختبر معلوماتك

حاول تفسير السلوكيات العصبية (التناقض العصبي) من حيث نظرية التعلم (أي التكيف).

أهداف التحليل النفسي The aims of psychoanalysis

يمكن صياغة أهداف التحليل النفسي في مصطلحات مجردة واسعة تماماً، مثل "إعادة هيكلة بعيدة المدى وجذرية لشخصية" (فوناجي Fonagy، 1995)، وكمحاولات لإمداد العميل بالبصيرة، ومعرفة وفهم الذات. وبشكل أكثر تحديداً، فإن الهدف الأساسي من التحليل النفسي هو جعل "اللاوعي واعياً"،

وللتراجع عن الدفاعات غير المرضية و، من خلال "الانحدار العلاجي" 'therapeutic regression' (وينيكوت Winnicott، 1958)، لإعادة مواجهة المشاعر المكبوتة والرغبات، والتي قد أُحبطت في مرحلة الطفولة، في سياق آمن، والتعبير عنها، كشخص بالغ، بطريقة أكثر ملاءمة، "بنهاية جديدة" (الكسندر Alexander وفرنش French، 1946). وفيما يتعلق بهيكل نموذج الشخصية، اعتقد فرويد (1938) بأن المحلل والأنا الضعيفة للمريض بحاجة لأن يصبحاحلفاء معاً ضد المطالب الغريزية للهوية والمطالب الواعية للأنا العليا. يهدف المحللون الذين ما زالوا يشتركون في هذا النموذج في المقام الأول إلى توسيع، معرفة المرضى بأنفسهم (التبصر)، من خلال عملية التحليل النفسي، على أمل أن هذا قد يمكنهم من اتخاذ الاختيارات التي لا تحكمها الاحتياجات العصبية بشكل خاص - لاستكشاف حلول وسط جديدة والمزيد من حلول التكيف (ليما Lemma، 2002).

التقنيات العلاجية Therapeutic techniques

دور المعالج The role of the analyst

في التحليل النفسي الكلاسيكي، من المفترض أن يبقى المحلل مجهول الوجه و'مجهول الهوية'، ولا يظهر أي انفعال أو يكشف عن أية معلومات شخصية. وبدلاً من ذلك:

يجب على الطبيب أن يكون غامض لمرضاه، وكأنه مرآة، وينبغي ألا يُظهر لهم شيئاً غير ما هو ظاهر له (فرويد Freud، 1912، في جاكوبس Jacobs، 1992). كونه المحلل مثل "كائن غامض" أو "شاشة بيضاء"، يكون المريض قادراً على إبراز وإزاحة المشاعر المكبوتة، ولا سيما فيما يتعلق بالوالدين (التحويل transference).

ويتم دعم هذه العملية من خلال استلقاء العميل على الأريكة، وجلوس المحلل من خلفه، خارج نطاق رؤية العميل (الشخص الذي يخضع للتحليل النفسي analysand). لاحظ جاكوبس Jacobs (1992) أنه من حيث الممارسة، كان فرويد غالباً ما يصبح مشاركاً بصورة شخصية في المحادثة العلاجية وقد يشرح ما يفكر فيه للمريض (انظر أدناه).



Figure 45.5 Sigmund Freud's couch (Freud Museum Publications Ltd)

التحويل والتحويل المقابل Transference and counter-transference

يمر التحويل عادة بمرحلة إيجابية من الارتباط العاطفي بالمحلل، تليها مرحلة سلبية وحرجة. وفقاً لفرويد، هذا يعكس العمل من خلال الازدواجية التي شهدها المريض/ المريضة في الطفولة في العلاقة مع الوالدين (ستيفينس Stevens، 1995). وفقاً لتوماس (1990)، أصبح التحويل أساسياً تماماً في كل من النظرية والممارسة في التحليل النفسي حيث أن القيام بالتفسيرات حول التحويل هو ما يميز التحليل النفسي عن الأشكال العلاج النفسي الأخرى. عندما يتركز الانتباه على التحويل وما يحدث هنا والآن، قد تأخذ إعادة البناء التاريخي لأحداث الطفولة والبحث عن أصول صراعات الطفولة المركز الثاني. تشير

عملية التحويل المقابل ذات الصلة إلى مشاعر الطبيب المعالج من الانزعاج، أو النفور أو الانجذاب الجنسي نحو العميل.

يصر توماس Thomas(1990) على أن: في زمن فرويد، كان يعتبر التحويل المقابل للمشاعر فشلاً من جانب المحلل. والآن، يُعتبر التحويل المقابل نتيجة لا مفر منها في عملية التحليل، بغض النظر عن مدى جاهزية المحلل من التدريب التحليلي وسنواته المطلوبة من التحليل الشخصي، تم تدريب معظم المحللين المعاصرين على مراقبة مشاعر التحويل المقابل لديهم واستخدامها لزيادة فهمهم لتحويل المريض ودفاعاته.

التفسير والمقاومة Interpretation and resistance

لتمكين المريض الخاضع للعلاج من فهم التحويل ومدى ارتباطه بصراعات الطفولة، يجب على المحلل تفسيره، ويكون ذلك، بإخبار المريض الخاضع للعلاج عما يعنيه هذا بالنسبة لما تم كشفه فعلاً عن تجارب طفولته. و لأن هذا من المرجح أن يكون مؤلماً ومحزناً، يظهر المريض الخاضع للعلاج المقاومة. قد يأخذ هذا شكل "الجفاء والاقتضاب" عند الحديث، وتغيير الموضوع، وتجاوز بعض الأحداث الهامة عاطفياً بطريقة وقحة تماماً، وحتى النوم أو الوصول في وقت متأخر للعلاج. وكل أشكال المقاومة تحتاج إلى تفسير.

التحالف العامل، تفسير الأحلام والتداعي الحر

The working alliance, dream interpretation and free association

ورغم أهمية ما قد يكون من عدم الكشف عن هوية المحلل ، فإن التحالف العامل مع العميل هو أمر حاسم بنفس الدرجة. وفقاً لجاكوبس Jacobs (1984)، هذا يتكون من شخصين بالغين يتعاونان لفهم "الطفل" داخل المريض الخاضع للعلاج. ويتبنى المحلل أسلوباً انعكاسياً هادئاً، ويتدخل عندما يرى/ ترى أن المريض الخاضع للعلاج مستعد للاستفادة من تفسير معين. وهذا نوع من الفن، ولا يشتمل على ضبط المريض الخاضع للعلاج على نظرية التحليل النفسي، كما يوحي بعض النقاد (جاكوبس Jacobs، 1984).

تم استخدام اثنين من التقنيات الرئيسية الأخرى للكشف عن العقل اللاواعي للمريض الخاضع للعلاج هما تفسير الأحلام والتداعي الحر free association ، والتي يقول فيه المريض الخاضع للعلاج كل ما يتبادر إلى ذهنه، بغض النظر عن أنه قد يبدو سخيفا، أو لا صلة لها بالموضوع أو محرجا. التداعي الحر هو المثل الأعلى الذي يسعى نحوه المرضى - وفي الممارسة العملية، من الصعب جدا مشاركة جميع محتويات أفكارنا. وبالرغم من ذلك، فإن مبدأ التداعي الحر يدعم كل ممارسات التحليل النفسي الحالية (ليما Lemma، 2002). كل من تفسير الأحلام والتداعي الحر قد يؤدي إلى المقاومة، والتي بدورها، مثل التحويل، يقوم المحلل بتفسيرها.

مناقشة نقدية 45-2

مفهوم العلاج: كيف كيف يمكنك أن تعرف متى تتوقف؟

وفقا لجاكوبس Jacobs (1984)، تقتصر أهداف العلاج على ما يريد العملاء؛ المريض الخاضع للعلاج، تحقيقه بوعي وهم قادرون على تحقيقه، إلى جانب دوافعهم، وقوة الأنا، وقوة البصيرة، والقدرة على تحمل الإحباط من التغيير التدريجي، و التكلفة المالية، وهكذا. هذه العوامل بدورها، تحدد كيفية تحديد العلاج وتقييمه. في الممارسة العملية، يتراوح التحليل النفسي من الإسعافات الأولية للتحليل النفسي (جونتريب Gunntrip، 1968) أو تخفيف الأعراض، إلى مستويات مختلفة من العمل أكثر كثافة. ومع ذلك، يعتقد ستور Storr (1966) أن تخفيف الأعراض وسيلة غير مناسبة لتصور 'العلاج'، ويرجع ذلك جزئياً لأن تحليل الأعراض ليس سوى بداية عملية التحليل، وأيضا لأن معظم العملاء ليس لديهم أعراض واضحة على أي حال. وبالمثل، يقول فوناجي Fonagy (2000) أن:

يجب فعلاً اعتبار تغير الأعراض كمؤشر وحيد للفوائد العلاجية؛ شيء خام (غير معالج) في ما يتعلق بعمليات الشخصية المعقدة التي تتطور عبر عدة مئات من الجلسات.

اعترف فرويد نفسه أن ترجحية نجاح التحليل النفسي تتحقق فقط إذا كان المريض، منفتح على التغيير طواعية، ومعترف بأن هناك مشكلة، وعصابي بدلاً من ذهاني (هذا الأخير غير قادر على تشكيل تحويل إيجابي). حتى إذا كان المريض يمتلك هذه الخصائص، لا يمكن استبعاد الاضطرابات العصبية الجديدة أو حتى العودة للاضطراب الأصلي الأول. فالواقع أن التحليل لا ينتهي على الإطلاق.

في الواقع، ادعى فرويد ادعاءً شهيراً أن التحليل النفسي يمكن أن يساعد في تحويل "الهستيرية" ‘hysterica إلى" التعاسة الشائعة " ‘ common unhappiness’. وهذا الشقاء كل ما قد يستطيع المرء أن يأمله، و بالنظر إلى أن الصراع داخل النفس هو جزء لا يتجزأ من حياة الإنسان.

وفقاً لفوناجي Fonagy (2000)، تشير الأدلة من عدد كبير من دراسات قبل- وبعد إلى أن التحليل النفسي مفيد بشكل ثابت للمرضى الذين يعانون اضطرابات (عصبية) أخف، وإلى حد ما بشكل أقل ثباتاً من ذلك للفئات التي تعاني من اضطرابات أكثر حدة. وتشير الدراسات الأخرى، الأقل ضبطاً، إلى أن العلاجات المكثفة الأطول تميل إلى أن تكون ذات نتائج أفضل من العلاجات الأقصر وغير المركزة. أثر التحليل النفسي واضح ليس فقط فيما يتعلق بالأعراض، ولكن كما يقاس أداء عمل المريض مع خفض تكاليف الرعاية الصحية.

العلاج النفسي المتغير (المتفاعل) الموجز

Brief psychodynamic psychotherapy

وفقاً لهويت Hoyt (٢٠٠٣)، فقد طبق الكثير من المنظرين والأطباء بدءاً من فرويد، مفاهيم التحليل النفسي في اللاوعي، والمقاومة والتحويل إلى أشكال موجزة من العلاج. في الواقع، كان العديد من حالات فرويد "حالات موجزة"، فقط جلسات قليلة تستمر لأسابيع أو أشهر. وعلى النقيض من ذلك، في المملكة المتحدة، كان التحليل النفسي الكلاسيكي (التقليدي) يتطلب من العميل؛ المريض الخاضع للعلاج حضور ٣-٥ جلسات في الأسبوع لعدة سنوات (فوناجي Fonagy، ٢٠٠٠)؛ وكان هذا بالنسبة للكثيرين مكلفاً للغاية، كما أنه يستغرق وقتا طويلاً. و تشمل أسماء الرواد الأوائل ألكسندر Alexander وفرنش French (١٩٤٦) وفرنكزي Ferenczi (١٩٥٢).

وقد تم تطوير أساليب ديناميكية (متحركة /متفاعلة) مختلفة على المدى القصير تعمل على "وضع المريض في حالة زيادة الوعي بدفاعاته / دفاعاتها غير المتأقلمة، ومشاعر الصد، وأنماط العلاقة ذات النتائج العكسية" (هويتHoyt ، ٢٠٠٣). وكل ما أكد عليه الجميع هو العمل على زيادة نشاط المعالج داخل نقطة اهتمام محدودة ومركزية. وقد يكون هناك "تعاقد" لعدد محدد من الأسابيع بعكس الاتفاق المفتوح في التحليل الكلاسيكي. على سبيل المثال، (١٩٧٦) علاج مالان

Malanالمركزي الموجز يستمر لمدة جلسة واحدة في الأسبوع لمدة ٣٠ أسبوعا، مستهدفاً مشاكل نفسية معينة بشكلٍ واضح (مثل منطقة واحدة من الصراع أو علاقة في حياة العميل الحالية). على الرغم من أن جميع التقنيات الأساسية للتحليل النفسي يمكن أن تستخدم، هناك تركيز أقل بشكلٍ ملحوظ على ماضي العميل، ويجلس عادة كلٍ من العميل والمعالج على المقاعد قبالة بعضهما البعض. يُمارس هذا النوع من العلاج من قبل العديد من علماء النفس السريريين (العياديين) (وكذلك الأطباء النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين)، الذين لم يتلقوا تدريبا كاملاً على التحليل النفسي (فوناجيFonagy ، ١٩٨٥؛ فوناجي Fonagyوهيجيت Higgitt ، ١٩٨٤). ويستشهد فوناجي Fonagy (٢٠٠٠) بالأدلة على فاعلية العلاج النفسي المتغير الوجيز. العلاج النفسي المتغير (التفاعلي) بين الأشخاص Interpersonal psychodynamic therapy (IPT) هو شكل مختلف من العلاج النفسي المتغير(التفاعلي) الوجيز والذي يركز على التفاعلات بين العميل وبيئته / بيئتها الاجتماعية. كان أحد الرواد هو الطبيب النفسي الأمريكي، هاري ستاك سوليفان Harry Stack Sullivan، الذي جادل بأن المشكلة الأساسية للمرضى هي إدراك الواقع بصورة مغلوطة، التي نبعت من العلاقات الشخصية المضطربة في مرحلة الطفولة، وخاصةً العلاقة بالوالدين. وعلى النقيض من المحلل الفرويدي الذي يكون عبارة شاشة بيضاء، دعا سوليفان أن يكون المعالج "مراقب مشارك" في عملية

العلاج (راجع نظرية البناء الشخصي PCT Personal Construct Theoryلكيلي:Kelly .

يركز العلاج النفسي بين الأشخاص IPT Interpersonal psychotherapy(كليرمان وآخرونKlerman et al ، ١٩٨٤) على الصعوبات الشخصية الحالية للعميل وعلى المناقشة – وحتى التدريس المباشر – لطرق أفضل للتواصل مع الآخرين. يجمع المعالج بين الاستماع المتعاطف وتقديم اقتراحات للتغييرات السلوكية وكيفية تنفيذها. جوهر هذا النهج هو مساعدة الشخص المكتئب على استكشاف الطرق التي قد يتداخل فيها سلوكه /سلوكها المتعامل مع الأشخاص مع الحصول على المتعة من العلاقات. يتم مساعدة العملاء على تحسين تواصلهم (اللفظي وغير اللفظي) والمهارات الاجتماعية، واختبار الواقع، والقدرة على الوفاء بالتزامات دورهم الاجتماعي الحالي. وينصب التركيز على حياة الشخص الحالية، بدلا من استكشاف الماضي أسباب المشاكل الراهنة -التي غالباً ما تكون قد تم كبتها.

في استعراض لنتائج دراسات علاج الاكتئاب (ليتشنرينج Leichsenring، ٢٠٠١، في دافيسون وآخرونin Davison et al ، ٢٠٠٤)، لمعدل نجاح العلاج النفسي المتغير قصير المدى مقارنة بنجاح العلاج المعرفي السلوكي Cognitive behavioral therapy CBT؛ إحدى نتائج الدراسات المدرجة في هذه المراجعة هي برنامج الأبحاث التعاونية لعلاج الاكتئاب

the Treatment of Depression Collaborative Research Program) إلكين وآخرونet al Elkin ، ١٩٨٩)، الذي يشير إلى أن العلاج النفسي المتغير بين الأشخاص IPT فعال بشكل خاص في إزالة أعراض الاكتئاب أحادي القطب، فضلاً عن الحفاظ على المكاسب العلاجية (فرانك وآخرونFrank et al ، ١٩٩٠، دافيسون وآخرون Davison et al، ٢٠٠٤).

المناهج السلوكية BEHAVIOURAL APPROACHES

نماذج الاضطرابات النفسية Models of psychological disorder

وفقا للنموذج السلوكي، كل أنواع السلوك، سواء القادر على التكيف أو سيئ التكيف مع المجتمع، يتم الحصول عليها بنفس مبادئ الاقتران الشرطي التقليدي و /أو السلوكي التعديلي. تم رفض النموذج الطبي تماماً، بما يتضمنه من التمييز بين "الأعراض" وعلم الأمراض الكامنة. وفقاً لإزنك Eysenck (١٩٦٠)، إذا كنت "قد تخلصت من العَرَض.. فقد قضيت على الاضطراب العصبي". ولكن وفقاً لفرويد، إذا كان العلاج يتناول الأعراض فقط وليس مشكلة الصراع الكامنة، ستَحُل أعراض عصبية جديدة محل تلك التي تم إزالتها (استبدال أعراض).

ومع ذلك، يُنظر إلى هذا بشكلٍ متزايد باعتباره تبسيطاً زائداً وسوء فهم لما ينطوي عليه العلاج السلوكي. ويجادل واشتل Wachtel (١٩٨٨) أن جميع النظريات والعلاجات بطرق ما تقوم بعمل افتراضات حول "الأعراض كمظاهر لبعض المشاكل الكامنة". وما يميز المناهج المختلفة هو وجهة النظر التي يتم أخذها من طبيعة هذه المشاكل الكامنة، وكم التغيير اللازم للمشكلة لتتم معالجتها. وقد دعا إلى التكامل بين المنهجين، وهو، عملياً، ما يحدث بالفعل.

التكنولوجيا (التقنية) السلوكية في مقابل التحليل السلوكي

Behavioral technology vs. Behavioral analysis

وفقاً لمكاي Mackay (١٩٧٥)، حاول بعض المعالجين السلوكيين) مثل إزنك Eysenck، وراشمان Raachman ، وماركس (Marks اكتشاف التقنيات التي تكون أكثر فاعلية مع مجموعات تشخيصية معينة. ويسمى هذا النهج الجديد /الوليد nomothetic التكنولوجيا (التقنية) السلوكية. يعتقد آخرون (مثل ييتس Yates وماير (Meyer أن المعالجين يجب أن يقوموا بعزل المثيرات والنتائج التي تحافظ على السلوك غير اللائق في كل حالة على حدة، ووفقا لذلك، يجب أن يُستمد أي برنامج للعلاج من هذا "التحليل السلوكي" أو ("التحليل الوظيفي"). ويسمى هذا النهج المقارن بالعلاج النفسي السلوكي.

جزء من التحليل الوظيفي هو التركيز على السلوكيات الحالية تجاه الأحداث البيئية الطارئة، على النقيض من التركيز الفرويدي على أحداث الماضي (خاصةً الطفولة المبكرة)، والعوامل اللاشعورية (والعوامل الداخلية الأخرى). والمشاكل النفسية هي مشاكل سلوكية، تحتاج إلى تفعيل قبل أن نحاول تغييرها (تُعرَف من حيث السلوكيات التي يمكن ملاحظتها). وفقاً لريتشاردز Richards (٢٠٠٢)، العلاج النفسي السلوكي" هو الآن المصطلح المفضل لوصف كل التقنيات التي يطلق عليها تقليدياً" العلاج السلوكي"، كذلك تلك التي غالباً ما تتم مناقشتها تحت العنوان المنفصل العلاج المعرفي السلوكي Cognitive behavioral therapy (CBT). بالنسبة لكثير من علماء النفس السريري (العيادي)، فإن النماذج النظرية للشذوذ التي تستمد منها التقنيات السلوكية تعد أقل أهمية من من حقيقة أنها قائمة على الأدلة.

الاقتران الشرطي التقليدي (الكلاسيكي) والرهاب

Classical conditioning and phobias

اختبر معلوماتك

كيف ينشأ الرهاب، وفقاً للاقتران الشرطي التقليدي؟. ما هي حدود هذا التفسير؟ وفقاً لإزنك Eysenck وراشمان Rachmann (١٩٦٥)، حالة ألبرت الصغير كمثال على كيف يتم اكتساب كل أنواع الرهاب (أي من خلال الاشتراط الكلاسيكي):

أي مثير محايد، بسيط أو معقد، الذي يكون له تأثير على الفرد تقريباً في نفس الوقت الذي يتم فيه استدعاء رد فعل الخوف، سرعان ما يكتسب هذا المثير القدرة على استحضار الخوف، وسوف يكون هناك تعميم لردود فعل الخوف لبقاء المحفزات المتعددة والمتشابهة conditioned imuli resembstimulus (وولب Wolpe وراشمان Rachman ، ١٩٦٠).

إحدى مشاكل هذا التفسير أن بعض المخاوف المرضية أسهل من غيرها في الإحداث في المختبر (للمشاركين الذين ليست لديهم بالفعل هذه المخاوف)، ومن المعروف تماماً أن بعض المخاوف المرضية التي تحدث بشكل طبيعي أكثر شيوعاً من غيرها. تتفق هذه النتائج مع (١٩٧٠) مفهوم سليجمان Seligman للاستعداد. وهوحتى أكثر صعوبة لنموذج الاقتران الشرطي التقليدي لتفسير

استمرار المخاوف المرضية التي تحدث بشكل طبيعي (والذي هو ، الفشل في إخمادها).

اختبر معلوماتك

كيف يساعد الاقتران الشرطي الاستثابي في تفسير استمرار المخاوف المرضية؟

كانت نظرية مورر Mowrer (١٩٦٠)" ذات العمليتين "مؤثرة للغاية في العلاج النفسي السلوكي ويهدف الكثير منها إلى مساعدة العملاء على تعديل المعززات ("عوامل البقاء") التي تحافظ على استمرار مشاكلهم السلوكية. ويتم مساعدة الناس على كسر حلقة الخوف والتجنب. (ريتشاردزRichards ، ٢٠٠٢ :انظر أدناه).

ويمكن أيضاً أن يعتبر استمرار السلوك العُصابي من حيث ما وصفه فرويد (1926)بمكسب ثانوي :الانتباه والتعاطف الذي يتلقاه الأشخاص العصابيون من الآخرين، والذي) عن غير قصد (يقوم بتعزيز وتنشيط هذا السلوك.

العلاج السلوكي Behavior therapy

يشير العلاج السلوكي إلى التقنيات التي تعتمد (في المقام الأول) على الاقتران الشرطي التقليدي، الذي وضعه علماء النفس مثل إزنك Eysenck وولب

Wolpeعرف وولب العلاج السلوكي بأنه" استخدام مبادئ التعلم الراسخة تجريبياً بغرض تغيير السلوك غير المتكيف".



Figure 45.6 Joseph Wolpe (1915–97)

إزالة التحسس الممنهجة Systematic desensitisation

تمثل حالة بيتر الصغير (انظر الفص ١١) يمثل أحد أكثر الأمثلة المبكرة على أي نوع من العلاج السلوكي؛ والطرق التي استخدمت لإزالة رهابه من الحيوانات والتي أطلق عليها في وقت لاحق عدم التحسس المنهجي systematic desensitization (SD)من قِبل وولب Wolpe (١٩٥٨). وهي تمثل شكلاً من أشكال الاقتران الشرطي المضاد، والمبدأ الرئيسي في إزالة التحسس الممنهجة هو التثبيط المتبادل، والذي ينص على:

إذا كان يمكن جعل تثبيط استجابة القلق يحدث في وجود محفزات –استحضار القلق فسوف تضعف الرابطة بين هذه المحفزات والقلق (وولب Wolpe ،

١٩٦٩). وبعبارة أخرى، فإنه من المستحيل لشخص أن يشعر باثنين من العواطف المتضادة (مثل القلق والاسترخاء) في نفس الوقت.

وفقاً لذلك، يتم أولاً تعليم مريض الرهاب الاسترخاء من خلال الاسترخاء العميق للعضلات، وحيث مجموعات مختلفة من العضلات في حالة استرخاء بالتبادل مع العضلات المتوترة (يمكن استخدام التنويم المغناطيسي أو المهدئات، بدلاً من ذلك). إذن، يقوم كل من الاسترخاء والخوف من شيء ما أو موقف ما " بإلغاء بعضهما البعض "(هذا هو جزء إلغاء التحسس في هذا الإجراء).

أما الجزء المنهجي للإجراء فينطوي على سلسلة متدرجة من الاحتكاكات مع الشيء المثير للرهاب أو الخوف (عادة بتخيله) بناء على التدرج الهرمي للأشكال الممكنة للاحتكاك، من الأقل إلى الأكثر رعباً. وبينما المريض في حالة استرخاء، يتخيل الشيء أو الكائن (مثلاً كلمة' عنكبوت 'على صفحة مطبوعة) بدءاً من الأقل إخافة، حتى يمكن التعامل مع هذا دون الشعور بأي قلق على الإطلاق.
ثم، وبعد ذلك فقط، سيتم التعامل مع الاحتكاك القادم الأكثر رعباً، وبنفس الطريقة، حتى يمكن تخيل الاحتكاك الأكثر إخافة دون قلق) مثل أن تتخيل عنكبوتاً مشعراً كبيراً يجري فوق جميع أنحاء جسدك).

استخدم ولب Wolpe الخيال، لأن مخاوف بعض مرضاه كانت مجردة تماماً (مثل الخوف من الانتقاد أو الفشل) حيث أنه من غير العملي مواجهة مخاوفهم

باستخدام مواقف الحياة الحقيقية. كما أعرب عن اعتقاده بأن القدرة على تحمل الصور المجهدة يتبعها عادة انخفاض في القلق في مواقف الحياة الحقيقية ذات الصلة. أما بين الجلسات، عادة ما تكون التعليمات للمرضى بأن يضعوا أنفسهم تدريجياً في مواقف حياة حقيقية أكثر إخافة. تساعد هذه" الواجبات المنزلية "في نقل معالجتهم من الخيال إلى الواقع (دافيسون Davisson ونيلNealee ، ١٩٩٤).

تقييم إزالة التحسس الممنهجة An evaluation of SYSTEMATIC DESENSITISATION (SD)

آمن كل من آشمان achman و ويلسون Wilson (١٩٨٠) وماكجلين وآخرون McGlynn et al (١٩٨١) أن إزالة التحسس الممنهجة قطعاً فعالة، على الرغم من أنها أكثر فاعلية لعلاج أنواع محددة من الرهاب (مثل رهاب الحيوانات) على عكس، مثلاً، الخوف من الأماكن المكشوفة وبالنسبة للمرضى القادرين على تعلم مهارات الاسترخاء وذوي خيال حي بما يكفي ليكونوا قادرين على استحضار مصادر خوفهم.

وهنا بعض النقاش حول ما إذا كان من اللازم استخدام الاسترخاء أو التدرج الهرمي لمواقف الاحتكاك ضرورياً بالفعل من الأساس.

وفقاً لويلسون Wilson ودافيسون Davison (١٩٧١)، على سبيل المثال، قد يكون الاسترخاء مجرد وسيلة مفيدة لتشجيع الشخص الخائف على مواجهة ما يخاف منه، والذي كان يتجنبه.

ووفقاً لماركس Marks (١٩٧٣)، لا تعمل إزالة التحسس المنهجية فقط بسبب الأثر المثبط للاسترخاء على القلق (التثبيط المتبادل)، ولكن بسبب التعرض للموقف المخيف؛ ويبدو أن هذا يمثل وجهة النظر المتعارف عليها بين علماء النفس. ويكون التعرض فعالاً خاصة إذا كان يسمح للشخص برفض توقعاته أو توقعاتها بأن شيئاً سيئاً سيحدث إذا حدث له احتكاك مع الكائن أوالشيء أو الموقف الذي يخشاه، ويساعد التعرض المتدرج على بناء ثقة الشخص للتعامل مع التعرض) وليامز Williams وهرجريفيزHargreaves ، ١٩٩٥). وفقاً لريتشاردز Richards (٢٠٠٢)، التعرض المتدرج في الكائن الحي (ذلك الذي يواجه الحيوانات أو المواقف في الحياة الواقعية) هو " التقنية المتفردة للعلاج النفسي الأكثر فاعلية في العصر الحديث" .

العلاج بالانهيار الفجائي (العلاج الإندفاعي) والغمر بالمخاوف

Implosion (implosive therapy)) and flooding

العلاج بالانهيار الفجائي أساساً هو تعريض المريض لما قد يكون قمة الهرم من إزالة التحسس المنهجية. بدلاً من التعرض التدريجي للمثير مصحوباً باسترخاء

المريض، يتم" إلقاء المريض في أقصى نقطة النهاية "بالنسبة لنقطة البداية من التدرج الهرمي. ويتم ذلك عن طريق جعل المريض يتخيل أكثر أشكال الاحتكاك رعباً (العنكبوت الكبير المشعر، مطلق السراح مرة أخرى)، مع الوصف اللفظي الحي من قِبل الطبيب المعالج (زيادة التحفيز) لتكملة التصور الحي للمريض.

كيف يفترض أن يعمل؟

يكون قلق المريض موجوداً وباقياً في مثل هذا المستوى العالي حيث تحدث في النهاية عملية ما من الاستنفاد أو التشبع المحفز –هنا فقط يمكن أن ينخفض مستوى القلق !ويحدث انتهاء أو انقراض الخوف extinction عن طريق منع المريض من أداء استجابة الهروب أو التجنب المعتادة (موررMowrer ، ١٩٦٠). وبالتالي يمثل الانهيار الفجائي (والغمر بالمخاوف)، شكلاً من أشكال" مواجهة الواقع القسرية "(ياتسYates ، ١٩٧٠).

العلاج بالغمر بالمخاوف هو التعرض الذي يحدث بصورة حيوية (مثلاً مع العنكبوت الفعلي). قارن ماركس وآخرون Marks et al إزالة التحسس الممنهجة مع العلاج بالغمر بالمخاوف، فوجد أن العلاج بالغمر بالمخاوف يتفوق عليها. (١٩٧١، تنويه في ماركسin Marks ، ١٩٨١ أ) وقارن جليدر

وآخرون Gelder et al (١٩٧٣) بين إزالة التحسس الممنهجة والعلاج بالانهيار الفجائي فلم يجد اختلافاً.

اختبر معلوماتك

ما هي الاستنتاجات التي يمكن استخلاصها من هذه النتائج؟

وتشير هذه النتائج إلى أن التعرض الذي يحدث بصورة حيوية هو المهم، وينظر العديد من الباحثين إلى العلاج بالغمر بالمخاوف على أنه أكثر فاعلية من العلاج بالانهيار الفجائي. استخدم ايميلكامب Emmelkamp وويسليس Wessels(١٩٧٥) وماركس Marks (١٩٨١ب) الفيضانات مع المصابين برهاب الأماكن المكشوفة agoraphobics بنجاح كبير، وقد أفادت دراسات أخرى باستمرار التحسن لمدة تصل إلى تسع سنوات بعد العلاج دون ظهور مشاكل" بديلة ."وجد ماركس Marks (١٩٨١ أ) في استعراض لدراسات الفيضانات، أنها الأكثر فاعلية عالمياً في جميع التقنيات المستخدمة لعلاج الرهاب.

اختبر معلوماتك

هل تعتقد أن العلاج بالغمر بالمخاوف أسلوب مقبول أخلاقياً لعلاج الرهاب؟

العلاج بالتنفير Aversion therapy

في العلاج بالتنفير، تتم إزالة بعض الاستجابات غير المرغوب فيها لمثير معين عن طريق ربط هذا المثير مع مثير آخر منفر. على سبيل المثال، يقترن الكحول مع دواء قيء (الذي يستحث غثيان وقيء شديدين) وبالتالي يصبح الغثيان والقيء استجابة مشروطة بالكحول. عادة، قد يتم إعطاء المرضى محلول ملحي دافئ يحتوي على دواء القيء. وقبل أن يبدأ القيء، يتم إعطائهم كوباً به أربع اوقيات من الويسكي فوراً، والذي يطلب منهم شمه وتذوقه وتجرعه جرعة كبيرة في الفم قبل بلعه. (إذا لم يحدث القيئ، يُعطى كوباً آخر آخر على التوالي، ولإطالة الغثيان، يُعطى كوب من البيرة يحتوي على مثير للقيء. (وتتضمن العلاجات اللاحقة جرعات أكبر مطعمة بالدواء المقيئ، أو زيادة فترة العلاج، أو مجموعة أكبر من المشروبات الكحولية القوية (كلينمنتزKleinmuntz، ١٩٨٠). وبين التجارب، قد يتناول المريض المشروبات الغازية لمنع التعميم على كل سلوك الشرب ولتشجيع استخدام بدائل الكحول. وجد كل من ماير Meyer وتشييسر Chesser(١٩٧٠) أن حوالي نصف مرضاهم المدمنين على الكحول قد امتنعوا عن الكحول لمدة سنة على الأقل بعد العلاج، وأن العلاج بالتنفير أفضل من عدم العلاج على الإطلاق.

الأكثر إثارة للجدل، أنه تم استخدام العلاج بالتنفير مع مثليي الجنس homosexuals، والمفتونين بأجزاء جسدية معينة fetishists ، والذكور المتشبهين بالنساء male transvestites والساديين sadomasochists.

في العلاج النموذجي، يتم عرض صور للذكور العراة على مثليي الجنس الذكور، ثم سرعان ما يُتبع ذلك بالصدمات الكهربائية. والمقصود من الاستجابة المشروطة بالصور هو التعميم على خيالات وأنشطة مثليي الجنس خارج جلسات العلاج. وقد بذلت في الآونة الأخيرة محاولات استبدال الاستجابات الميالة للجنس الآخر heterosexual مكان الاستجابات مثلية الجنس (أي إلغاء الاستجابة التي تميل لنفس الجنس)، من خلال عرض صور لنساء عاريات :وأي استجابة جنسية ستنهي الصدمة.

وقد ذكر ماركس وآخرون Marks et al (١٩٧٠) أن التغييرات المطلوبة تحدث في مدة تصل إلى سنتين بعد العلاج.



Figure 45.7 Malcolm McDowell in a scene from *A Clockwork Orange*. His eyes are clamped open, forcing him to watch a film portraying acts of violence and sadism, as part of aversion therapy. He'd earlier been given an emetic drug, so that extreme nausea and violence will become associated.

مالكوم ماكدويل في مشهد من clockwork Orange، أرغم على أن تظل عيناه مفتوحتان، مرغما على مشاهدة شريط سينمائي يمثل مظاهر من العنف والسادية، كجزء من العلاج بالتنفير. قبل ذلك تم إعطائه الدواء المقيئ وبذلك يصبح هناك ارتباط بين الغثيان الأقصى والعنف.

مناقشة نقدية 45-3

العلاج بالتنفير باعتباره شكلاً من أشكال ترغيب الميل للجنس الآخر

Aversion therapy as a form of heterosexism

يجادل كثير من علماء النفس أن الضغوط الاجتماعية على مثليي الجنس ليصبحوا "مستقيمين" تجعل من الصعب أن نصدق أن الأقلية الصغيرة من أولئك الذين استشاروا المعالجين للمساعدة في تغيير الميول الجنسية يتصرفون على أساس أن لديهم حرية الاختيار (دافيسون Davison ونيل Neale ، 1994).

الحقيقة الأكيدة أن العلاجات الموجودة لتغيير التوجه change-of-orientation يمكن أن ينظر إليها باعتبارها للتغاضي عن التعصب ضد الشخص المثلي الميولHeterosexism . ويعمل الأطباء على تطوير الإجراءات ودراسة آثارها فقط إذا كانوا مهتمين بالمشكلة التي تهدف تقنياتهم لمعالجتها؛ تحتوي أدبيات العلاج على مواد قليلة نسبياً عن مساعدة مثليي الجنس على التطور كأفراد دون أن ينطوي هذا على تغيير التوجه الجنسي. وهذا يتناقض مع العديد من الكتب والمقالات حول أفضل السبل للحد من السلوك الجنس المثلي واستبداله بسلوك العلاقة مع الجنس الآخر. أحد أكثر الاقتراحات تطرفاً هو أنه لا ينبغي على المعالجين مساعدة المثليين جنسياً ليصبحوا مستقيمي الميول، حتى عندما يُطلب هذا العلاج. ولكن هذا، بدوره، يثير أسئلة أساسية حول الحد

من الخيارات المتاحة للعملاء طالبي العلاج وعند رفض مثل هذا العلاج، ألا يصدر المعالجون أحكاماً قيمة، فقط حين يكونوا موافقين عليها؟ أليست المسئولية المهنية للمعالجين هي تلبية الاحتياجات التي يعبر عنها عملاؤهم؟ ومع ذلك، فإن طلب العميل لنوع معين من العلاج ليس مبرراً كافياً لتوفيره (دافيسون Davison ونيل Neale ، 1994). في الواقع، حدث انخفاض كبير في استخدام العلاج بالتنفير مع المثليين جنسياً منذ منتصف سبعينات القرن العشرين.

تعديل السلوك Behaviour modification

يشير تعديل السلوك إلى التقنيات التي تعتمد على الاقتران الشرطي الفعال (الاستثابي)، والذي وُضع من قبل علماء نفس مثل أيلون Ayllon وأزرين Azrin، لبناء سلوك مناسب (حيث لم يكن موجوداً مسبقاً) أو لزيادة وتيرة استجابات معينة وانخفاض وتيرة استجابات أخرى.

وفقاً لبادلي Baddeley (1990)، فإن معظم البرامج السلوكية تتبع نمطاً متشابهاً إلى حد كبير ينطوي على سلسلة من الخطوات:

الخطوة رقم 1: تحديد السلوك المراد تغييره. من المهم اختيار أهداف صغيرة قابلة للقياس، ويمكن تحقيقها.

الخطوة رقم 2: ينبغي أن يتم تعريف وتحديد الهدف قدر الإمكان.

الخطوة رقم 3: يجب قياس معدل خط الأساس (البداية) على مدى عدة أيام، وهذا يعني، كيف يتصرف الشخص "عادة" فيما يخص السلوك المحدد. قد ينطوي هذا على المراقبة التفصيلية، والتي يمكن أن تقترح فرضيات حول ما الذي يُبقي على هذا السلوك.

الخطوة رقم 4: اتخاذ قرار بشأن الاستراتيجية (الخطة المتبعة). على سبيل المثال، التعزيز الانتقائي للسلوك الخالي من الصراخ (من خلال الانتباه) والتأكيد على أن السلوك المصحوب بالصراخ يتم تجاهله.

الخطوة رقم 5: خطة العلاج. من الضروري أن يتصرف الجميع الذين يحدث اتصال بينهم وبين المريض وفقاً للخطة (الاستراتيجية) التي تم اختيارها. التصميم الذي يشيع استخدامه للتحقق من فاعلية علاج هو التصميم أب-أب AB–AB، حيث "أ"؛ الشرط الأساسي و"ب"؛ العلاج التجريبي. لذلك، إذا كان العلاج يعمل، ينبغي أن يكون هناك انخفاض في مستوى الصراخ أثناء المرحلة الأولى "ب ب" BB (مقارنة مع المرحلة الأولي "أ" A)، وينبغي أن يزيد مرة أخرى عند إيقاف العلاج (مرحلة "أأ" AA الثانية). عندما يعاد العلاج (المرحلة الثانية "ب" B)، ينبغي أن ينخفض الصراخ مرة أخرى.

الخطوة رقم 6: بدء العلاج.

الخطوة رقم 7: مراقبة التقدم المحرز.

الخطوة رقم 8: تغيير البرنامج إذا استدعى الأمر.

الاقتران الشرطي الفعال مع المجموعات الخاصة

Operant cconditioninng with speecial groups

حتى في ظل أفضل الظروف، لا يحقق الأطفال المصابون بالتوحد الاستخدام الإبداعي للغة ومجموعة المهارات الاجتماعية الكبيرة للأطفال الطبيعيين (توماس Thomas، ١٩٨٥). ومع ذلك يعتقد لوفاس Lovaas (١٩٧٧) أنه يمكن الحصول على العديد من المكاسب العلاجية في المنزل (وحتى إظهار بعض التحسينات المتواضعة) إذا تم تدريب الآباء والأمهات على تقنيات التشكيل، مثل تلك التي تم وصفها في الدراسة الرئيسية ٤٥-١.

اختبر معلوماتك

ماذا تفهم من مصطلح" تشكيل"؟ ما هو المصطلح الأكثر فنية أو تقنية للتشكيل؟ كيف تعتقد أنه يمكن استخدام التشكيل لمساعدة الأطفال الذين يعانون من التوحد لتطوير اللغة؟

الدراسة الرئيسية ٤٥-١ تشكيل الكلام في الأطفال المصابين بالتوحد (لوفاس وآخرونLovaas et al ، ١٩٦٧)

(Lovaas et Shaping speech in autistic children al., 1967)

كان لوفاس وآخرون Lovaas et al من الرواد في استخدام الاقتران الشرطي الفعال مع الأطفال المصابين بالتوحد الذي لديهم بشكلٍ عادي الكلام قليل أو ليس طبيعياً. وقد استخدموا معهم إحدى تقنيات التشكيل.

يقترن الاستحسان اللفظي بقطعة من الطعام كلما قام الطفل بعمل تواصل بالعين، أو مجرد الاهتمام بحديث أو سلوك الطبيب المعالج (وهو أيضاً ليس بالأمر المعتاد للأطفال المصابين بالتوحد). ويتعزز هذا الانتباه ويرتبط باللفتة الاجتماعية الإيجابية مع الطعام، بحيث يصبح الاستحسان اللفظي في النهاية معزز مشروط. ويتم تدعيم الطفل بالطعام والثناء كلما قام بأي نوع من أصوات الحديث، أو حتى محاولة تقليد تصرفات الطبيب المعالج. بمجرد حدوث هذا دون تلقين، يحجب

المعالج التعزيز تدريجياً حتى يقوم الطفل بنجاح بتقليد التصرفات كاملة أو يتلفظ بأصوات معينة لحروف العلة أو الأصوات الساكنة، ثم مقاطع من الكلمات، وأخيراً مجموعات من الكلمات.

في بعض الأحيان، كان يلزم المئات أو حتى الآلاف من التعزيزات قبل أن يبدأ الطفل في تسمية الأشياء بشكل مناسب أو تقليد عبارات بسيطة. حتى عندما يكون الأطفال قد تلقوا تدريباً مكثفاً، فمن المرجح أن يحدث تراجع إذا عاد إلى إطار مؤسسي غير داعم.

هناك العديد من برامج التعديل الناجحة والبارزة التي تشمل الأشخاص (كل من الأطفال والبالغين) ذوي نماذج لصعوبات التعلم. ذكر ماتسون وآخرون Matson et al(١٩٨٠)، في إحدى الدراسات واسعة النطاق، أن هذا تحسينات كبيرة في سلوك الأكل لدى ذوي الإعاقات البالغة من البالغين. واستخدم الباحثون نموذج الأقران والمعالج (انظر أدناه)، والتعزيز الاجتماعي، والتلقين اللفظي لتشكيل آداب الطعام، واستخدام أدوات وآداب المائدة، وهكذا. وتشمل المعززات الذهاب لتناول وجبات الطعام في وقت مبكر، وحصول كل شخص على واقي المائدة الخاص به. وكان هناك تحسن كبير في المجموعة المعالجة حتى بعد أربعة أشهر من نهاية العلاج، مقارنة بالمجموعة الضابطة غير المعالجة.

أنتج أزرين Azrin وفوكس Foxx (١٩٧١) وفوكس Foxx وأزرين Azrin (١٩٧٣)" حزمة "للتدريب على استخدام المرحاض كما يلي:

يتم أخذ العميل إلى الحمام كل نصف ساعة ويحصل على السوائل والحلويات والبسكويت، والثناء والانتباه، عندما يستخدمه بنجاح، ويتم إجلاس العميل في كرسي لمدة نصف ساعة، بعيداً عن الآخرين، إذا تسبب في حادث ما؛ وهذه ليست طريقة للعقاب، ولكنها" مهلة"، أي أن هذه فترة بعيداً عن التعزيز الإيجابي.

كما هو الحال مع التدريب على الكلام في الأطفال المصابين بالتوحد، هناك مشاكل تعميم من التحسن القائم على المستشفى إلى الحالة السائدة في المنزل. ولكن إذا استمر الآباء على البرنامج في المنزل، يمكن أن يكون هناك فوائد على كل من المدى القصير والطويل. هناك شكل من أشكال السلوك غالبا التي تظهر من قبل الأفراد الذين يعانون من التوحد وإعاقة التعلم وهو تشويه الذات عن طريق العض والخدش، ضرب الرأس، وهكذا، والتي يمكن أن تحدث بعنف وقسوة ويمكن أن تكون مهددة للحياة. كل هذا عولج بنجاح باستخدام تقنيات نظام المكافآت الرمزية. (لافيتشو LaVecchio، ١٩٧٨).

نظام المكافآت الرمزية The token economy؛ (النظام التعزيزي للسلوك المرغوب باستخدام مكافآت رمزية)

ويعتمد نظام المكافآت الرمزية The token economy TEعلى مبدأ التعزيز الثانوي. وتعطى الرموز (المعززات الثانوية أو المشروطة) عن السلوكيات المرغوبة / المقبولة اجتماعياً حال حدوثها، ويمكن بعد ذلك أن يتم مقايضتها / مبادلتها" صرفها "في وقت لاحق نظير بعض المعززات" الابتدائية".

ظهر نظام المكافآت الرمزية TEمن قِبل أليون Ayllon وأزرين Azrin (١٩٦٨)، الذان قاما بعزل عنبر كامل من مستشفى للأمراض النفسية لسلسلة من التجارب حيث قدما تعزيزات للأنشطة مثل غسل الوجه، وغسل الأسنان بالفرشاة وارتداء الثياب بصورة لائقة وترتيب الأسرة، وحجب المعززات لدى الانسحاب أو السلوك الغريب. وكان المشاركون ٤٤ من الإناث مرضى الفصام المزمن، بمتوسط إقامة ١٦ سنة في المستشفى للعلاج. قام البعض بالصراخ لفترات طويلة، والبعض كن صامتات، والكثير منهن كن منفلتات، وقلة منهن كن هجوميات. والأكثرية لم يعدن يتناولن الطعام باستخدام أدوات المائدة، والبعض دفن وجوههن في الطعام. وتم عمل قياس خط الأساس لعدد المرات التي تحدث فيها السلوكيات المرغوبة اجتماعياً بشكل طبيعي. ثم يتم بشكل منتظم تعزيز السلوكيات المطلوبة كلما حدثت مع الرموز البلاستيكية التي من شأنها في وقت لاحق أن يتم مقايضتها نظير امتيازات خاصة (مثل الاستماع إلى التسجيلات، والذهاب إلى السينما، واستئجار غرفة خاصة، وزيارات إضافية إلى المقصف).

كان يتم السيطرة على الحياة الكاملة لكل مريض، بقدر الإمكان، من خلال هذا

النظام. وأظهرت النتائج أن المرضى أظهرن زيادة ملحوظة في تكرار السلوكيات المطلوبة عندما تم تعزيزها. إذا كان تقديم الكلوربرومازين والأدوية الأخرى المضادة للذهان في خمسينات القرن العشرين كان بمثابة ثورة في مجال الطب النفسي، فإن تقديم برامج المكافآت الرمزية TEخلال ستينات القرن العشرين، بطريقتها، على نفس درجة الثورية. ويرجع ذلك جزئياً إلى أنها لفتت الانتباه إلى طريقة هيئة التمريض (وغيرهم) من الموظفين الذين كانوا يحافظون عن غير قصد على السلوك الذهاني" الهائج "للعديد من مرضى الفصام المزمن من خلال منحهم الاهتمام، مما يعزز السلوك غير المرغوب فيه.

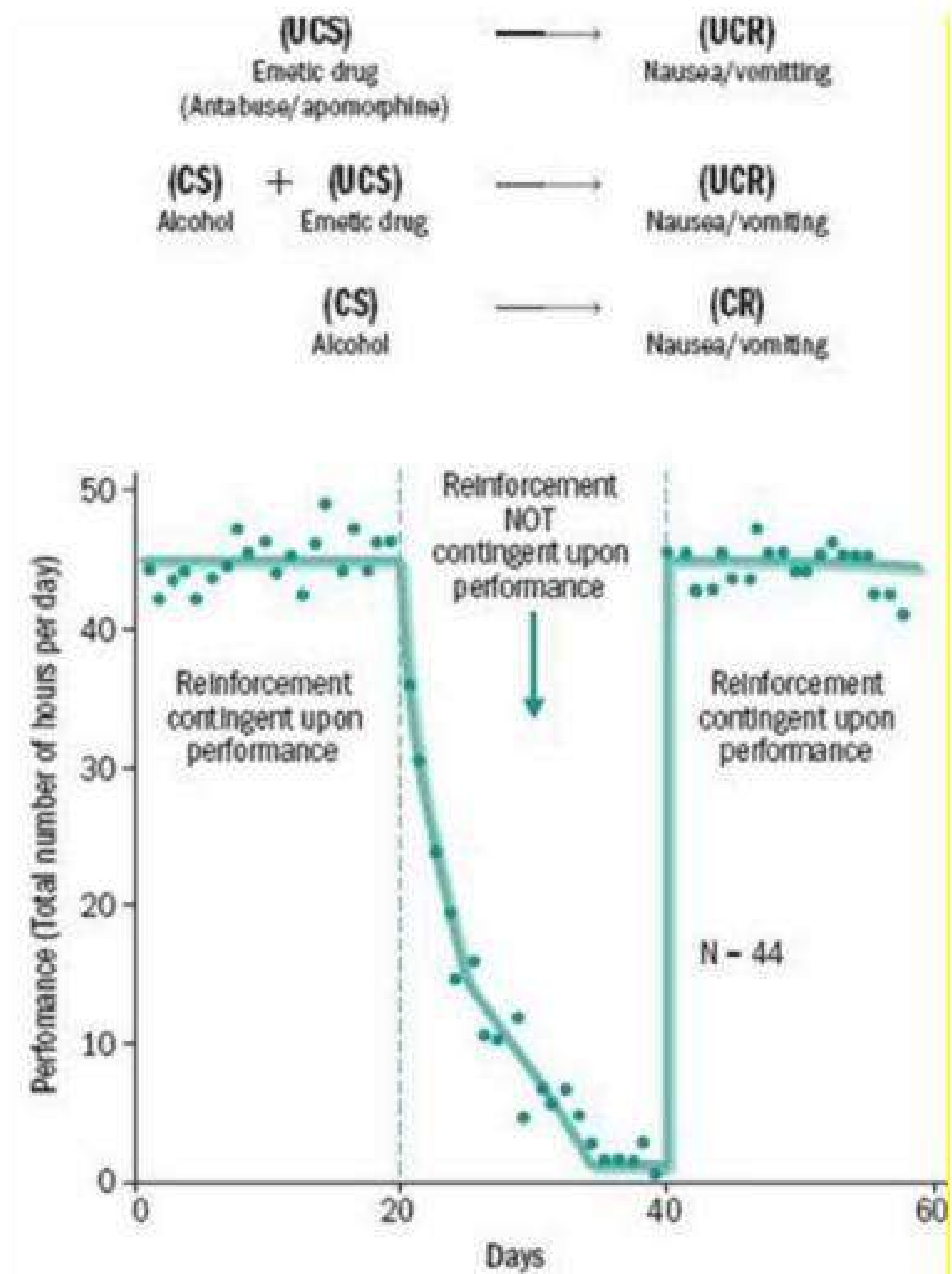


Figure 45.8 The effects of a token economy on the performance of 44 female hospitalised schizophrenics (from Ayllon and Azrin, 1968)

تأثير المكافآت الرمزية على أداء 44 أنثى مصابة بالفصام ويخضعن للعلاج بالمستشفى.

تقييم نظام المكافآت الرمزية An evaluattion of the TE

هناك اثنتان من المزايا الرئيسية لنظام المكافآت الرمزية:

يمكن إعطاء المكافآت الرمزية على الفور بعد حدوث بعض السلوك المرغوب فيه، وبالتالي عمل فترات تأخير بينية طويلة جداً كأنها جسور يلزم عبورها للوصول بين الاستجابة المستهدفة والمعزز الابتدائي؛ هذا مهم بشكل خاص حيث أنه أمر غير عملي أو من المستحيل تقديم معزز السلوك الأساسي التالي فوراً. تجعل المكافآت الرمزية من السهل إعطاء معززات ثابتة وفعالة عند التعامل مع مجموعة من الأفراد.

وفقاً لدافيسون وآخرون Davison et al (٢٠٠٤):

لقد أثبتت هذه التجارب كيف أنه حتى التراجع الملحوظ للمرضى البالغين بالمستشفيات يمكن أن يتأثر بشكل كبير من خلال المعالجة المنهجية البارعة لتعزيز التصرفات الوقتية الطارئة.

منذ ستينات القرن العشرين، أظهرت مئات التجارب التي تم ضبطها بعناية أنه يمكن السيطرة على مختلف سلوكيات المريض النفسي عن طريق التعامل البارع مع الثواب والعقاب للتصرفات الوقتية الطارئة. وفقاً لهولمز Holmes (١٩٩٤)، إحدى أكثر التجارب إثارة للإعجاب عن فاعلية المكافآت الرمزية TE هي دراسة قام بها بول Paul ولينتز Lentz (١٩٩٧). ومع ذلك، كانت هناك

زيادة ضئيلة جداً في استخدام المكافآت الرمزية، رغم استمرار وجود أدلة على فعاليتها (بول Paul ومنديتو Menditto ، ١٩٩٢)

الإطار ٥-٤٥

بعض مشاكل المكافآت الرمزية

prroblems with TEs

يجب نقل السيطرة على السلوك من المكافآت الرمزية للمعززات الاجتماعية، داخل وبالأساس ، خارج المستشفى. ويتحقق السابق عادة عن طريق" فطام " weaning المرضى تدريجياً من المكافآت الرمزية، ويكون هذا الأخير عن طريق نقل المرضى إلى منازل انتقالية وسيطة halfway houses وأي ترتيبات إقامة مجتمعية أخرى live-in arrangements . ولكن هناك ميل إلى ارتفاع معدل إعادة إيداع لهؤلاء المرضى بالمستشفيات rehospitalization .

قد تعمل المكافآت الرمزية من خلال تشجيع الموظفين على مراقبة السلوك بطريقة منهجية - ليس لأن المكافآت الرمزية بمثابة المعززات لسلوك المريض (جليدر وآخرون Gelder et al ، ١٩٨٩). في الواقع، وجد بورجو وآخرون Burgio et al (١٩٨٣) أنه عندما يقوم العاملون بالمستشفى بالتعزيز الانتقائي للتفاعل اللفظي مع النزلاء أنتج تحسناً كبيراً في سلوك السكان النزلاء.

كما هو الحال مع التدخلات السلوكية الناجحة الأخرى، فإن سبب فاعلية برامج المكافآت الرمزية قد تكون بعيدة الصلة تماماً عن مبادئ نظرية التعلم (فوناجي

Fonagyوهيجيت Higgitt ، ١٩٨٤). هذا يتصل بالعملية البحثية (انظر النص أدناه).

تنشأ المشكلات الأخلاقية، لأنه غالباً ما يكون ضرورياً حرمان المرضى من بعض الراحة قبل أن يستطيعوا الحصول على المكافآت الرمزية. إذا كانت هذه الراحة هي شيء يجب أن يحصل عليه كحق (مثل الطعام)، فمن الواضح أن هناك صعوبة أخلاقية. مع بعض أنواع الراحة (مثل مشاهدة التلفاز) من الصعب تقرير ما إذا كانت حقاً أم امتيازاً (جليدر وآخرونGelder et al ، ١٩٨٩).

وفي بعض المكافآت الرمزية، يكون العملاء لديهم خيار ترك البرنامج دون عقوبة، والتفاوض أو اقتراح تغييرات تستخدم في حالات الطوارئ. هناك إجراء وقائي آخر هو إطلاع العملاء بشكل واضح على الحقوق القانونية والمعنوية، وإرشاد العملاء والموظفين على الإبلاغ عن أي انتهاكات لهذه الحقوق. وسيتم الحكم على أخلاقيات المكافآت الرمزية بصورة جوهرية على أساس مدى فاعلية وإنسانية تنفيذ الانتقال إلى البيئة الطبيعية (مارتن Martin وبيرPeear ، ١٩٩٢).

يقول أدلي addeley (١٩٩٠) أنه عندما يستخدم في إطار تعليمي (في المنزل مثلاً للأطفال المضطربين عاطفياً)، ويمكن أن تضع المكافأة الرمزية نهجاً انتفاعياً تماماً للتعلم (تقود المكافآت الرمزية إلى التعلم الرمزي). على سبيل المثال، يمكن للأطفال القراءة أو المشاركة في أي نشاط تعليمي فقط إذا كان هناك مكافأة مباشرة لذلك. قد يكون هذا فعالاً داخل حدود المكافأة الرمزية نفسها، ولكنه لن يكون ملائم في الخارج، حيث يعمل التعلم، على المدى أطول وغير مباشر، ونظام المكافأة ليس فورياً.

العلاج السلوكي المعرفي COGNNITIVE-BEHAVVIOURAAL THEERAPYY

نموذج اضطراب نفسي

وفقاً لماهوني Mahoney (١٩٧٤) وميتشنبوم Meichenbaumm (١٩٧٧)، فإن أفضل وصف للعديد) إن لم يكن معظم (المشاكل السريرية (الطبية) كاضطرابات في التفكير والشعور. وحيث أن السلوك تسيطر عليه، إلى حد كبير، طريقة تفكيرنا، فالطريقة الأكثر منطقية وفاعلية لمحاولة تغيير السلوك غير المتأقلم هي تغيير التفكير غير المتأقلم الذي يكمن وراءه. يعرف بيك Beck (١٩٩٣) العلاج السلوكي المعرفي-COGNNITIVE BEHAVVIOURAAL THEERAPY (CBT)بأنه:

تطبيق النموذج المعرفي لاضطراب معين باستخدام مجموعة متنوعة من التقنيات المصممة لتعديل المعتقدات المختلة والمعلومات الخاطئة التي تعمل وتشمل الصفات المميزة لكل اضطراب.

اشتق العلاج السلوكي المعرفي CBT من مصادر مختلفة، تتضمن العلاج السلوكي والتحليل النفسي، الذان يقومان بتحديد وتفعيل الإدراك بطرق مختلفة. ومع ذلك، فإن محاولة تغيير الإدراك (إعادة الهيكلة المعرفية) هي دائما وسيلة

لتحقيق الغاية، وهذه الغاية هي" تغييرات دائمة في المشاعر والسلوك المستهدفين " (ويسلر Wessleer ، ١٩٨٦).

الأشكال الرئيسية للعلاج السلوكي المعرفي CBT هي العلاج العقلاني الانفعالي rational emmotive therapy/RET (ايليس Ellis ، ١٩٦٢، ١٩٧٣)، والتدريب على التعليم الذاتي self-instructtional trainingg/SIT، وعلاج بيك" Beck للأفكار التلقائية "(١٩٦٣، ١٩٦٧، ١٩٨٧). والباقي من هذا القسم سيركز على مساهمة بيك.

علاج" الأفكار التلقائية "(بيك Beck ،١٩٦٣، ١٩٦٧، ١٩٨٧).

Treatmennt of 'autoomatic thooughts' (Beck, 1963, 1967, 1987)

بعكس وجهة نظر فرويد، يقول بيك أن ردود الفعل العاطفية لدينا هي بالأساس الوظيفة الخاصة بكيفية تفسيرنا للعالم) التفسير والتنبؤ به .(يعتبر الأشخاص المصابون بالاكتئاب أنفسهم ضحايا، ويعتبرهم بيك ضحايا أحكامهم الذاتية الخاصة غير المنطقية. الفكرة الرئيسية لدى بيك هي أن الأفراد يشعرون بالاكتئاب بالطريقة التي يشعرون بها بسبب سيطرة المخططات (مسارات الأحداث) السلبية على تفكيرهم. هذا الميل إلى رؤية العالم بصورة سلبية، يستثار كلما كان الشخص يواجه ظروفاً جديدة تشبه بطريقةٍ ما الظروف التي تم فيه تعلم المخططات

أولاً (عادة في مرحلة الطفولة والمراهقة). هذه المخططات (مسارات الأحداث) السلبية تدعم، ويدعمها، تحيزات / نزعات معرفية معينة التي تجعل الشخص يدرك الواقع إدراكاً خاطئاً.

وبالتالي:

عدم ملاءمة المخطط يمكن أن تجعل الأشخاص المكتئبين يتوقعون الفشل معظم الوقت. مخطط اللوم الذاتي يجعلهم يشعرون بمسئوليتهم عن كل الأحداث السيئة.

يذكرهم التقييم السلبي الذاتي باستمرار بشعورهم بالدونية نحو أنفسهم. توصيف التحيزات / نزعات المعرفية المحددة الرئيسية في الإطار ٤٥ – ٦

الإطار ٤٥ – ٦

التحيزات / النزعات الإدراكية الرئيسية في نظرية بيك للاكتئاب

Main cognitive biases in Beck's t heory of depressioon

الاستدلال التعسفيArbitrary inference : الاستنتاج الناتج في غياب أدلة كافية – أو أي دليل على الإطلاق.

على سبيل المثال، أن يستنتج شخص ما أنه عديم القيمة لأن السماء تمطر في اليوم الذي أقام فيه حفلة في الهواء الطلق.

التجريد الانتقائي Selective abstraction : الاستنتاج الوارد على أساس عنصر واحد فقط من عدة عناصر في الموقف. على سبيل المثال، أن تشعر عاملة بأنه لا قيمة لها عندما لا يعمل المنتج، على الرغم من أنها واحدة فقط من العديد من الأشخاص الذين ساهموا في صنع ذلك.

التعميم المبالغ فيه Overgeneralization:

الاستنتاج الشامل والكاسح بناءً على حدث فردي ربما عديم الأهمية. على سبيل المثال، ينظر طالب إلى أدائه الضعيف في صف دراسي واحد في يوم واحد بعينه كدليل نهائي على التفاهة والغباء.

التهويل والتهوين Magnificattion and minnimisation:

المبالغات في تقييم الأداء. على سبيل المثال، اعتقاد رجل ما أنه دمر سيارته تماماً (تهويل) عندما يرى خدشاً صغيراً على المصد الخلفي. اعتقاد امرأة ما أنها لا قيمة لها (تهوين) على الرغم من تحقيقها لسلسلة من الإنجازات التي تستحق الثناء.

(بناءً على على دافيسون Davison ونيل Neale، 2001)
تحافظ كل من المخططات (مسارات الأحداث) السلبية، جنباً إلى جنب مع التحيزات/ النزعات والإدراك المشوه، على المثلث السلبي:
الأفكار السلبية عن الذات والعالم والمستقبل.

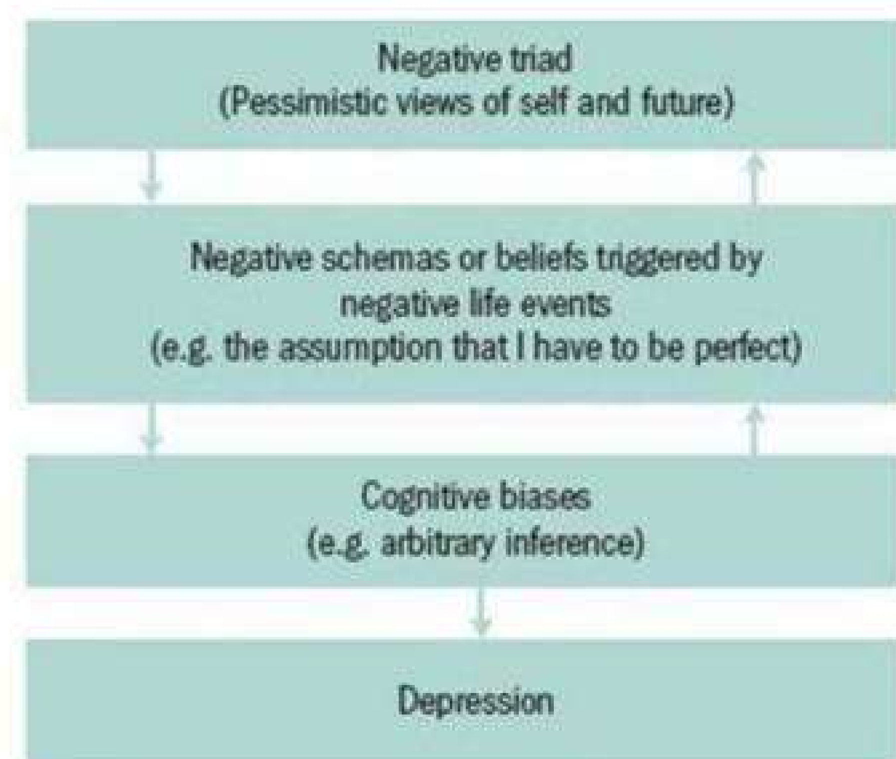


Figure 45.9 The interrelationships between different kinds of cognitions in Beck's theory of depression

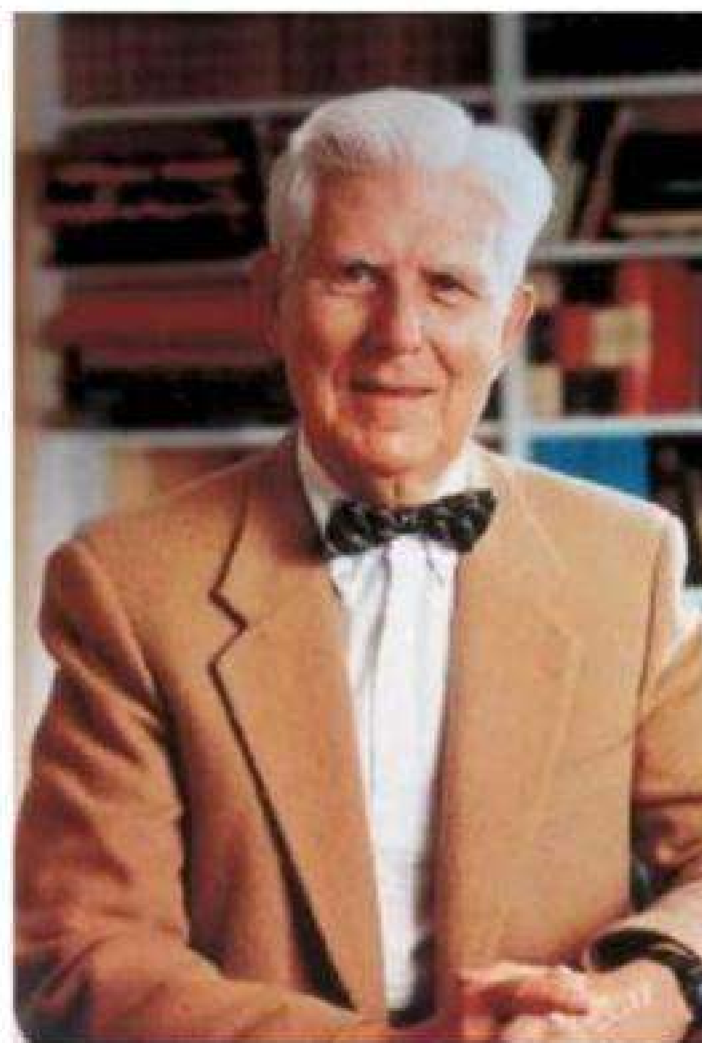
تقييم لمنهج بيك An evaluaation of Beeck's apprroach

من المتفق عليه عموماً أن بيك Beck كان الأكثر تأثيراً في النماذج المعرفية للاكتئاب (شامبيون Champion، 2000)، على الرغم من انه أيضاً تعرض للانتقادات لأنه لم يهتم الاهتمام الكافي بالعوامل الاجتماعية (شامبيون Champion وباور Power، 1995). جاءت الأدلة في البداية من السريرية الفحص الاستقصائي clinical observations العلاجي لبيك

(بيك Beck، 1967). أتى المزيد من الدعم من مصادر مختلفة، بما في ذلك الاستبيانات التقارير الذاتية والدراسات التجريبية المعملية على الذاكرة والعمليات المعرفية الأخرى (دافيسون Davison ونيل Neale، 2001). استعرض بيك (1993) الأدلة بشأن فاعلية نوعية علاجه السلوكي المعرفي CBT ليس أساسياً فقط لعلاج الاكتئاب (أحادي القطب) (والذي تم تصميمه من أجله في الأصل)، ولكن أيضاً لاضطرابات القلق العام، واضطرابات الهلع واضطرابات الأكل. وتشير نتائج هذه الدراسات بوضوح تام أن العلاج السلوكي المعرفي فعال للغاية (انظر أدناه). كما يتم استخدام العلاج السلوكي المعرفي في علاج تعاطي المخدرات، والهوس الاكتئابي، والمرضى المصابين بالسرطان، وفيروس نقص المناعة البشرية HIV، والوسواس القهري OCD، واضطراب ما بعد الصدمة PTSD Posttraumatic stress disorder وانفصام الشخصية، ويتم أيضاً تطبيقه في إطار العلاج الجماعي والعلاج الأسري. اعتقد بيك (1993) أن:

التطبيق واسع الانتشار للنظرية والاستراتيجيات يعزز الادعاء القائل بأن العلاج المعرفي أحد الأنظمة القوية للعلاج النفسي. و لعل التحدي الأكبر الذي يواجه أي نظرية معرفية عن الاكتئاب هو إظهار أن أفكار الأشخاص المكتئبين هي سبب اكتئابهم بدلاً من أن تكون من تأثيره. وربما، تعمل العلاقة يعمل كلا الاتجاهين؛ وفي السنوات الأخيرة، تعرض بيك نفسه لهذا الموقف ذي الأكثر من اتجاهين.

وليس هناك بالتأكيد أي دعم قاطع للادعاء بأن التفكير السلبي يسبب الاكتئاب (دافيسون Davison ونيل Neale ، 2001).



الشكل 45-9 أرون ت. بيك Aaron T. Beck

(ولد 1921)

مناقشة نقدية 45-4

العلاج السلوكي المعرفي وانفصام الشخصية

CBT andd schizophrenia

كان يعتقد في السابق أنه من غير المجدي محاولة تغيير التشوهات الإدراكية لمرضى انفصام الشخصية. ومع ذلك، فقد أفسحت المحاولات المبكرة لتغيير سلوك هؤلاء المرضى، باستخدام تقنيات تعديل السلوك (مثل نظام المكافآت الرمزية)، والتعرض والإلهاء، أفسحت المجال تدريجياً إلى المناهج المعرفية السلوكية. ورغم أن المناهج المعرفية السلوكية تختلف في ما محاور اهتماماتها، وإلى حد ما، والمنطق المتبع، إلا أن جميع تدخلاتها هدفها الرئيسي هو تعديل الهلاوس والمعتقدات الوهمية (روث Roth وفوناجي Fonagy، 2005). في الواقع، يمكن تحديد المنهجين الرئيسين للعلاج السلوكي المعرفي CBT التي تشمل مرضى الفصام كالآتي: يُشار إلى أحدهما بأنه التعامل مع التوتر stress management (SM) (بينيت Bennet، 2006) ويتعلق بالعلاج الشخصي personal therapy (PT) (هوجارتي وآخرون HHogarty et al، 1997)؛ والآخر، علاج تعديل الاعتقاد belief modification أو إعادة توصيف المعتقدات reattribution، والذي يهدف مباشرة إلى تغيير تفكير المريض (انظر أعلاه).

ينطوي منهج التعامل مع التوتر stress management (SM) على تقييم مفصل للمشاكل والتجارب لدى الفرد ، مسبباتها ونتائجها، وأي استراتيجيات قد تُستخدم للتعامل معهم.ما أن يتم تحديد المشاكل، يعمل كلٍ من المعالج والمريض (العميل) معاً من أجل وضع استراتيجيات محددة لمساعدة العملاء على التعامل بشكل أكثر فاعلية مع مشاكلهم. وتشمل الاستراتيجيات المحتملة التقنيات المعرفية مثل (أ) الإلهاء عن الافكار الدخيلة أو تحدي معناها؛ (ب) زيادة أو تقليل النشاط الاجتماعي كوسيلة للإلهاء عن الافكار الدخيلة أو تدني الحالة المزاجية؛ و (ج) استخدام التنفس أو أساليب الاسترخاء الأخرى لمساعدة العميل على الاسترخاء (بينيت Bennett ، 2006).

العلاج الشخصي (PT) (الذي يحدث في كل من العلاج الفردي - واحد إلى واحد one-to-one- وضمن مجموعات صغيرة) personal therapy هو المنهج المعرفي السلوكي واسع النطاق للمشاكل المتعددة التي يواجهها مرضى الفصام الذين صُرفوا من المستشفيات. والعنصر الرئيسي في العلاج الشخصي (المستمد من دراسات العلاج الأسري) هو تعليم المرضى كيفية التعرف على المشاعر غير الملائمة؛ إذا تم تجاهلها، وهذا يمكن أن يسبب تراكم وإنتاج تشوهات إدراكية وسلوك اجتماعي غير ملائم. ويتم تعليم المرضى أيضاً ملاحظة العلامات الانتكاس الصغيرة، مثل الانسحاب الاجتماعي أو التهديدات غير اللائقة ضد الآخرين. إذا تركت هذه العلامات ضبط، فمن المحتمل أن تتداخل مع جهود

المريض للعيش حسب القواعد الاجتماعية التقليدية، بما في ذلك الاحتفاظ بالوظيفة، وعمل علاقات والحفاظ عليها. العلاج الشخصي أيضا يهدف إلى العقلاني الانفعالي العلاج RET PT also iime؛ وتساعد مرخيات العضلات المريض على الكشف عن التراكم التدريجي للقلق أو الغضب، ويتضمن تقنية التجميع عند تطبيق مهارات الاسترخاء للمساعدة على السيطرة على هذه المشاعر. ويتم تشجيع المرضى على مواصلة اتخاذ أدويتهم بنمط محافظ (انظر النص أعلاه).

تقييم العلاج : هل هو فعال ؟

AN EVALUATTION OF THERAPY: IS IT EFFECTTIVE?

يضم هذا السؤال المخادع الذي يبدو بسيطاً حقيقةً سؤالين مترابطين:

هل يعمل؟ هذا يرتبط بالناتج البحثي. كيف يعمل؟ هذا يرتبط بالعملية البحثية.

وكل سؤال، بدوره ، يضم العديد من الأسئلة المتداخلة الأخرى.

وتشمل أسئلة الناتج ما يلي:

هل العلاج النفسي (بشكل عام) فعال؟

أي نوع من أنواع العلاج النفسي أكثر فاعلية من الآخر ؟ وما الذي يشكل النتيجة المرضية ؟ كيف يقاس التغير (وكم يطول بعد نهاية العلاج) ؟ وما مقدار ونوع التغير الضروري للحكم على التحسن أنه حدث؟

وتشمل أسئلة العملية البحثية ما يلي:

ما هي المكونات اللازمة للعلاج الفعال ؟ ما هي الآليات التي يتم من خلالها إحداث التغيير (ما هي " المكونات النشطة")؟ هل العلاجات المختلفة فعالة بسبب تقنيات وأدوات معينة يستخدمونها، أم أن هناك عوامل مشتركة تنطبق على جميع العلاجات؟

وعلى الرغم من الارتباط الوثيق بينهما ، يميل الباحثون إلى التركيز على إما أسئلة النتائج أو أسئلة العملية البحثية .بدأت أبحاث العلاج النفسي من خلال التركيز على النتائج، في شكل مقالة إزنك Eysenck ١٩٥٢ التي استشهد بها الكثيرون، والتي تحدى بها ما كان، حتى ذلك الوقت، من المسلمات حول فاعلية التحليل النفسي.

الدراسة الرئيسية ٤٥-٢

فاعلية العلاج النفسي (إزنكEysenck ، ١٩٥٢)

The effecctiveness oof psychottherapy (EEysenck, 1952)

استعرض إزنك Eysenck خمس دراسات عن فاعلية التحليل النفسي ، و ١٩ دراسة لفاعلية العلاج النفسي" الانتقائي "(المختلط) .وخلص إلى أن ٤٤ في المئة فقط من مرضى التحليل النفسي و ٦٤ في المئة من أولئك الذين تلقوا العلاج " المختلط "قد تحسنوا. ومع ذلك ، بما أن هناك ما يقرب من ٦٦ في المئة من المرضى تحسنوا دون أي علاج (تحسن/ شفاء عفوي من تلقاء نفسه remission spontaneous) استنتج إزنك Eysenck أن التحليل النفسي بشكلٍ خاص، والعلاج النفسي بشكل عام ، لا يعمل ببساطة - أي لن يحقق شيء ما كان ليحدث على أية حال دون علاج!

الناتج البحثي Outcome research

وفقا لإزنك Eysenck (١٩٩٢) ، لم يتم التطرق إلى الناتج البحثي بشكلٍ صحيح من قِبل علماء علم النفس السريري (التطبيقي / التشخيصي) قبل مقاله، والذي أظهر فقط أن الأدلة المتوفرة لم تكن كافية لإثبات أن التحليل النفسي (والعلاج النفسي عموماً) كان له دوراً أساسياً في تحقيق الشفاء؛ و لا تشير إلى أنه كان غير فعال (وهي الطريقة التي فسر بها العديد من الباحثين الآخرين استنتاجاته) .ومع ذلك ، إذا كان يمكن إثبات أن التحليل النفسي ليس أفضل من العلاجات الوهمية (انظر أدناه) أو ليس علاجاً على الإطلاق (والذي أظهره المقال ١٩٥٢):

فمن الواضح أن النظرية التي يستند عليها خاطئة. وبالمثل ، إذا لم يكن هناك آثار إيجابية للتحليل النفسي كعلاج ، حينئذ سيكون أمراً غير أخلاقي تماماً أيضاً تطبيق هذا الأسلوب على المرضى ، ومطالبتهم بالنقود نظير مثل هذا العلاج ، أو تدريب المعالجين على هذه الأساليب غير الناجحة (إزنكEysenck ، ١٩٩٢) .

وبحلول عام ١٩٦٠ ، كان إزنك Eysenck يناقش أن العلاج السلوكي هو النوع الوحيد من العلاج الذي يستحق نظرة عقلانية، وقد ألهم كمية هائلة من الأبحاث حول نتائج العلاج (أوتاليOatley ، ١٩٨٤).

إعادة تقييم استنتاجات إزنك Eysenck

A reassessment of Eysenck's conclusions

- إذا تم استبعاد المرضى العديدين الذين تسربوا من التحليل النفسي من نسبة ال٤٤ في المائة التي نقلها إزنك) Eysenck فليس أمراً منطقياً حصرهم على أنهم" حالات فشل علاجها "أو لم يتم شفاؤها")، سيرتفع الرقم إلى ٦٦ في المئة.
- عرض بيرجن) Bergin ١٩٧١) بعض الدراسات التي شملتها مراجعة إزنك Eysenck واستنتج أنه، من خلال اختيار معايير مختلفة" للتحسن " ، يمكن رفع نسبة نجاح التحليل النفسي إلى ٨٣ في المائة. وأشار أيضاً إلى الدراسات التي أظهرت معدل شفاء عفوي ٣٠ في المئة فقط.
- إحدى الدراستين اللتين استخدمهما إزنك Eysenck ليبرهن على معدل ال٦٦ في المائة للشفاء العفوي كانت التي قام بها لانديس Landis (١٩٣٨) .قارن لانديس بين المرضى الذين كانوا قد تلقوا العلاج النفسي ")المجموعة التجريبية ("مع مجموعة ضابطة كانوا قد أدخلوا المستشفى بسبب "الاضطراب العصبي "في مستشفيات الأمراض العقلية التابعة للدولة .وأشار لانديس نفسه إلى عدد من الاختلافات بين مجموعته للعلاج النفسي ومجموعة مرضى المستشفى الضابطة، وتوصل إلى أن هذه الاختلافات:

جادل الجميع ضد قبول هذا الرقم كأساس حقيقي مرضي .

استعرض كل من برجين Bergin ولامبرت Lambert (١٩٧٨) ١٧ دراسة عن مرضى " مصابين بأمراض عصبية "ولم يُعالجوا فوجدا نسبة شفاء عفوي متوسطة ٤٣ في المائة. ووجدا أيضاً أن معدل الشفاء العفوي يتفاوت تفاوتاً كبيراً حسب الاضطراب : على سبيل المثال ، مرضى القلق العام والاكتئاب ، أكثر احتمالاً بكثير" لعلاج أنفسهم "من مرضى الرهاب و الوسواس القهري . وبالمثل ، ناقش راتشمان Rachman وويلسون Wilson (١٩٨٠) أن:

تتزايد صعوبة الدفاع عن الافتراض المبكرعن انتظام معدلات الشفاء العفوي بين الاضطرابات المختلفة.

ناقش جارفيلد Garfield (١٩٩٢) أن هناك تزايد في كل من كم و نوع أبحاث العلاج النفسي منذ مقالة إزنك Eysenck في عام ١٩٥٢، خاصة منذ السبعينات، ولكن لا يشير إزنك Eysenck إلى هذا في مقالته عام ١٩٩٢ (انظر التعليق أعلاه).

نتائج أبحاث أخرى Other outcome research

مراجعة قام بها لابورسكي Luborsky وآخرون (١٩٧٥) واستنتج أن جميع أنواع العلاج فعالة بنفس القدر. واستعرض كل من سميث Smith وجلاس Glass(١٩٧٧) ٤٠٠ دراسة لمجموعة واسعة من العلاجات (التي تشمل العلاج

النفسي التفاعليpsychoddynamic ، والعلاج المعرفي المركبCCT ، وإزالة التحسس الممنهجة SD ، والانتقائيeclectic)، واستنتجا أن جميع العلاجات كانت أكثر فاعلية من عدم العلاج. على سبيل المثال، العملاء "المتوسطون" الذي قد تلقوا العلاج قد سجلوا نتائج إيجابية في قياس النتائج أكثر من 75 في المائة من أولئك المرضى في المجموعات الضابطة التي لم تعالج. قام سميث وآخرون (1980) بتمديد دراسة عام 1977 لتشمل 475 دراسة (ما يقدر بنحو 75 في المئة من الكتابات المنشورة). وتضمنت المعايير الصارمة لقبول الدراسة المقارنة مع مجموعة تم علاجها (وتحديد شكل معين من العلاج) أما المجموعة الثانية (المستمدة من نفس المرضى) إما لم يتم إعطائهم أي علاج، أو تم وضعهم على قائمة الانتظار أو تم إعطاءهم شكلاً بديلاً من العلاج. وكما هو الحال مع نتائج 1977، ظهرت فاعلية العلاج بصورة ملحوظة للغاية: كان متوسط العملاء أفضل بـ80 في المائة من المجموعة الضابطة على مقاييس النتائج. بالرغم من أن مختلف العلاجات كان لها تأثيرات مختلفة عموماً:

لا تنتج الأنواع المختلفة من العلاج النفسي أنواع أو درجات فائدة مختلفة (اللفظي verbal أو السلوكي behavioural ، والنفسي المتغير/ التفاعلي psychodynamic، و التي تتركز على العميل client-centr ed ، أو إزالة التحسس الممنهجة Systematic desensitisation) (سميث وآخرون، 1980 Smith et al).

الإطار ٤٥٥-٧

التحليل الإبداعي

السمة المميزة لدراسات كل من سميث Smith وجلاس Glass (١٩٧٧) وسميث وآخرون (١٩٨٠) هو استخدامهم للتحليل الإبداعي-meta analysis (MA).

يُعرف ليلينفيلد Lilieenfeld (١٩٩٥) التحليل الإبداعي كما يلي:

هو إجراء لتجميع و حساب متوسط نتائج عدد كبير من الدراسات. وخلافا لطريقة" التصويت "، يسمح التحليل الإبداعي للباحثين بالنظر في حجم النتائج و استنتاج مقياس شامل لحجم التأثير -والذي هو، مؤشر متوسط لحجم آثار العلاج في جميع الدراسات .

يعد حجم التأثير مؤشراً جوهرياً على مدى التحسن الذي يحدث للأشخاص الذين يتلقون العلاج النفسي بالنسبة إلى أولئك الذين لا يتلقونه :كلما زاد الفرق بين هاتين المجموعتين ، كلما زاد حجم التأثير" .طريقة التصويت votting' " method'(وهو مصطلح ابتدعه سميث Smith و جلاس Glass) ينطوي على تجميع كل الدراسات التي تدعم فاعلية العلاج النفسي وكل الدراسات التي لا تدعمه -النتيجة التي تحتسب" نجاح /إصابة هدفhit' "هي التي تقدم الفرق بين إجماليين لكلٍ منهما دلالة إحصائية .ولكن الخلط بين جميع النتائج الايجابية، وجميع النتائج السلبية يحجب نتائج كبيرة جداً وصغيرة جداً ذات دلالات إحصائية؛ ونتيجة لذلك ، فإنه غالبا ما يقدم فقط ملخصاً غير منقح ويكون مضللاً للبنية الأدبية (ليلينفيلدLilieenfeld ، ١٩٩٥) .وكل نتائج الدراسات

السابقة لسميث وجلاي (١٩٧٧) استخدمت" طريقة التصويت ."
ميزة أخرى للتحليل الإبداعي MA هي أنه يسمح للباحثين بدراسة ما إذا كان هناك ارتباط كبير بين بعض المتغيرات مع حجم التأثير، مثل مدى خبرة المعالج وعمر العميل .بهذه الطريقة، يمكن تحديد ليس فقط الفاعلية الشاملة للعلاج النفسي (نتيجة البحث)، ولكن أيضاً أي العوامل، إن وجدت، تؤثر على فعاليته (العملية البحثية) .

العملية البحثية

اختبر معلوماتك

استناداً إلى المناقشة السابقة عن طرق العلاج المحددة ، حاول صياغة بعض الأسئلة ذات صلة بالعملية البحثية (على سبيل المثال، كيف تعمل طرق العلاج؟)

هل الاسترخاء والتعرض المتدرج للكائن / الموقف الرهابي يجعل إزالة التحسس الممنهجة وسيلة فعالة لإزالة المخاوف المرضية ؟

هل تعد المكافآت الرمزية جزءاً جوهرياً في النظام التعزيزي للسلوك المرغوب، والذي يقلل بنجاح من السلوك الذهاني لمرضى الفصام ؟ هل المواقف الثلاث للمعالج ضرورية إذا كان العملاء على وشك التطوير الإيجابية لذواتهم لتحقيق التناغم؟

هذه كلها أسئلة حول العملية البحثية.

وفقاً لكازدن Kazdin وولكوسين Wilcoxin (١٩٧٦)، فإن المكونات الحاسمة للعلاج (فأياً كانت التقنيات التي تساهم في هذا) هي:

ويتم التأثير في المريض بأن يتوقع نجاح تغيرات المفهوم الذاتي للمريض، والذي بواسطته يأتي المريض إلى الاعتقاد (من خلال الممارسة تحت إشراف) بأنه يمكنه التعامل مع الكائن / الموقف الرهابي السابق.

تتعلق توقعات المريض عن النجاح بالمسألة الحرجة والمثيرة للجدل عن تأثير الدواء الوهمي.

تأثير الدواء الوهمي The placebo effect

الدواء الوهمي يدل على مادة غير نشطة / خاملة، مصممة لتأخذ في الاعتبار التأثيرات النفسية (في مقابل التأثيرات الدوائية) على التغير الفسيولوجي (مثل توقع التحسن) .لذلك ، في تجارب الأدوية ، الحالة الوهمية هي الحالة الضابطة .وفي

حالة مضادات الاكتئاب، يستمد نحو ٨٠ في المائة من تأثيرها من ثقة الناس أنها سيكون لها تأثير (كيرتش وآخرونKirsch et al ، ٢٠٠٢).

وفي العلاج النفسي ، يعد توقع جدواه جزءاً من العلاج (مايرMair ، ١٩٩٢) . هل من الممكن ابتكار ضوابط وهمية في أبحاث العلاج النفسي ويكون غير نشط بطريقة تعادل أخذ حبوب السكر؟ حتى الضوابط غير الوهمية (مثل تأخير العلاج أو الحالات التي لم تعالج) سوف تنتج توقعات محددة لهذه الحالات خاصة (مثل خيبة الأمل والرفض، على التوالي) (باكرام Barkham وشابيروShapiro ، ١٩٩٢).

إذا كانت توقعات النجاح للعملاء هي إحدى أهم" المكونات النشطة "أو المكونات التي تدخل في العلاج النفسي، ثم إذا كان العلاج الوهمي لديه القدرة على إلهام توقعات العملاء، فإن إجراء مقارنات بين العلاج النفسي والعلاج الوهمي قد تقلل من الفاعلية الحقيقية للعلاج النفسي (ليلينفيلدLilieenfeld ، ١٩٩٥) .

في الواقع ، لفرانك Frank (١٩٨٩)، إن كانت آثار العلاج لا تتجاوز آثار العلاجات الوهمية (هناك استنتاج توصل إليه على سبيل المثال بيريولو وآخرون Prioleau et al، ١٩٨٣)، وذلك لأن العلاج الوهمي علاج نفسي:

كتواصل رمزي لمحاربة الإحباط عن طريقة الإيحاء للمرضى بالأمل في الشعور بالارتياح، فإن إدارة العلاج الوهمي هي شكل من أشكال العلاج النفسي .ولذلك ليس من المفاجئ أن العلاجات الوهمية يمكن أن تقدم شعوراً ملحوظاً بالارتياح لدى المرضى الذين يسعون للعلاج النفسي .(مايرMair ، ١٩٨٩، منقول في مايرMair ، ١٩٩٢).

سواء في الطب العام أو الطب النفسي، غالباً ما يتم التغاضي عن تأثير التوقع بأنه "مجرد "وهم .ولكن هذا تأثير حقيقي وبيولوجي واضح تماماً، وينطوي على الاندورفينات endorphhins (زابيتا وآخرونZubietaa et al ، ٢٠٠٥) .حتى وقت قريب كان هناك زعم أن الاعتقاد في فاعلية الدواء أو الإجراءات يجب أن يكون واعياً، الآن هناك أدلة على أن آثار العلاج الوهمي يمكن أن تنشأ من الارتباط اللاواعي بين التعافي وخبرة حدوث العلاج .مثل هذا التكيف شبه الواعي يمكن من السيطرة العمليات الجسدية التي نكون على علم بها، مثل الاستجابات المناعية و إفراز الهرمونات (نيميNiemi ، ٢٠٠٩).

دور العوامل غير المحددة

The role of non-specific factoors

ناقش كوردراي Cordray وبوتزين Bootzin (١٩٨٣) أن أحد المكونات الرئيسية المشاركة في فاعلية العلاج النفسي هي العوامل غير الواضحة المشتركة بين

معظم ، أو جميع العلاجات .المؤيد الرئيسي ل هذا الرأي هو فرانك Frank (١٩٧٣)، الذي يزعم أن العلاج النفسي لديه الكثير من القواسم المشتركة مع الشفاء بالإيمان و تقنيات أخرى مماثلة .وبعيداً عن كونها مقارنة مهينة، يعتقد فرانك أن نجاح العلاج النفسي يمكن أن يعزى إلى حد كبير أو كلياً إلى أربعة عوامل / مكونات غير محددة .

الإطار ٨-٤٥٥

العوامل / المكونات الأربعة غير الواضحة الداخلة في العلاج التي يراها فرانك
Frank's ((1973) four non-specific factors/components involved in therapy

وفقاً لفرانك، فإن كل العلاجات النفسية:

تم بوضوح توصيف الأدوار المحددة لكل من المعالج والعميل، مع ما تم تعريفه سابقاً بأنه" خبير "يمتلك مهارات شفاء فريدة من نوعها .هذا يرفع آمال المريض التي سوف تساعد فيما سوف يلوح في الأفق .وتشتمل على إعدادات مصممة لترتبط بحدة الإجهاد النفسي") مكان مخصص للشفاء")، علي سبيل المثال، غرف مفروشة بالسجاد مع المجلات العلمية والكتب والشهادات المعروضة بشكل بارز .

- توفير المبرر النظري المقنع لجعل مشاكل العميل منطقية .وهذا يرسخ الشعور بالثقة لدى العميل ويطمئنه أن مشاكله ليست عسيرة على الفهم أو فريدة من نوعها .
- الاشتمال على الطقوس العلاجية (الاختبارات أو الإجراءات المنصوص عليها ، مثل إزالة التحسس الممنهجة و التداعي الحر) وإضافة إلى ذلك تعزيز ثقة العميل في المعالج و المنطق العلاجي .هذا أقرب إلى الطقوس الاحتفالية للإيمان بالمعالجين؛ وهي تهيئ للانطباع بأن شيئاً هاماً للغاية وغامضاً يحدث.
- معظم الأفراد الذين يسعون بإرادتهم العلاج يعانون من انخفاض الثقة بالنفس، واليأس و قلة الحيلة، والاغتراب والشعور العميق بعدم الكفاءة .

وكل العلاجات النفسية تخفف من الإحباط من خلال رفع الآمال والتوقعات بالتحسن، وغرس مشاعر الثقة وتقدير الذات (مايرMair ، ١٩٩٢).

يشير باندورا Bandura (١٩٧٧ أ) إلى أن العنصر الرئيسي في العلاج النفسي هو التغيير الإدراكي نحو الكفاءة الذاتية، و"الاقتناع أنه يمكن للمرء أداء سلوك ما بنجاح لإنتاج نتيجة محددة " وهذا يكون يحدث بطريقة أفضل من خلال التجربة الفعلية في مواجهة مواقف كان يتم الخوف من مواجهتها أو تجنبها سابقاً.

نتائج دراسات مثل دراسات سميث Smith وجلاس Glass (١٩٧٧) وسميث وآخرون (١٩٨٠)، التي تزعم أن الاختلافات في فاعلية العلاجات المختلفة تكاد لا تذكر، تدعم حجة فرانك .Frank ولكن أظهرت نتائج دراسات أخرى أن العلاجات الأكثر نشاطاً وتنظيماً وتوجيهاً تعمل أفضل (على الأقل بالنسبة لأنواع معينة من الاضطرابات) :فهي أكثر تشبعاً بكثافة بعوامل فرانك غير الواضحة أكثر من العلاجات النفسية الأخرى (لينينفيلدLiliennfeld ، ١٩٩٥) .

النتائج CONCLUSIONS

عند محاولة تقييم آثار العلاج النفسي هناك أنواع مختلفة من الأسئلة التي يمكن توجيهها .ولأن إزنك Eysenck كان مهتماً بمقارنة معدلات الشفاء (المقاسة إحصائياً)، كان تقييمه للآثار العلاجية تقييماً كمياً بحتاً.

كان تقييم إزنك Eysenck للآثار العلاجية تقييماً كمياً بحتاً، لأنه كان مهتماً بمقارنة معدلات الشفاء (المقاسة إحصائياً) .أما المحللون النفسيون وأولئك الذين

يمارسون العلاج المعرفي المركب فمن المرجح أكثر أن يكونوا معنيين أكثر بالجوانب النوعية للعلاج (مثل طبيعة العملية العلاجية، ودور العلاقة بين العميل والمعالج).

هذه الأساليب لا تتعارض مع بعضها البعض .ولكن يمكن أن يؤثر التفاعل بين الأبحاث التجريبية (حيث يمكن اختبار الفرضيات علمياً) وبين العلاج (حيث يمكن تجربته عيادياً وطبياً) يمكنه أن يؤثر على تطور النظريات والممارسات العلاجية (مارزيلر Marzillier ، ٢٠٠٤) .

وفقاً للينينفيلد Liliennfeld (١٩٩٥)، فإن السؤال القائل "هل يعد العلاج النفسي فعالاً؟"؛ فإنه على الرغم من كونه معقداً بشكلٍ واضح في بعض الجوانب، فإنه قد يكون في غاية البساطة في جوانب أخرى .وكما لاحظ بول Paul (١٩٦٦) فإن السؤال الذي نحتاج إلى توجيهه هو" : ما هو العلاج، وعلى يد من، هو الأكثر فاعلية لهذا الفرد بعينه، مع هذه المشكلة بالذات ، و تحت أي مجموعة من الظروف؟ "وهذا هو ما يجب فعله لمواءمة كل من العميل، والعلاج المناسب له، وفي أي إطار، وهذا هو السؤال الذي لا يزال يطارد أبحاث العلاج النفسي و يزعج المعالجين وفقاً لويلسون Wilson وباكرام Barkham (١٩٩٤) .

الملخص

- يعتمد كل من **علم النفس التطبيقي البحثي clinical psychology** و **علم النفس الاستشاري counselling psychology** **نموذج العالم الممارس scientist–practitioner model** للمساعدة، ولكنهما تأثرا أكثر بكل من المنهج السلوكي والإنساني، على الترتيب.
- تختلف طرق العلاج والاستشفاء تبعاً لكونها **جسدية somatic** أو **نفسية psychological**، و**توجيهية directive** أو **غير توجيهية non–directive**، و**فردية** أو **جماعية**. ويستخدم مصطلح "**العلاج النفسي**" **'psychotherapy'** أحياناً للإشارة إلى كل العلاجات غير الجسدية، وأحيانا للإشارة إلى منهج المتغيرات النفسية / العلاج المتبصر.
- تشمل المجموعات الرئيسية من **العقاقير المضادة للاكتئاب antidepressant drugs** **مثبطات أكسيداز أحادي الأمين** MAOIs، **وثلاثية الحلقات tricyclics** **ومثبطات امتصاص السيروتونين المحددةSSRIs** ، (والتي تتضمن فلوكسوتين / بروزاك) .

- **الكلوردیازیبوكسید** **Chlordiazepoxide**(الليبريوم Librium) **والديازيبام** **diazepam**(الفاليوم Valium) من **مزيلات القلق** **anxiolytics** التي توصف للمرضى على نطاق واسع . وهما ينتمان إلى **البنزوديازيبينات** **benzodiazepines** .
- أحدثت **الأدوية المضادة للذهان** **Antipsychotic drugs** (**المهدئات الكبرى / مضادات الذهان** **major tranquillisers/neuroleptics**) ثورة في علاج **الفصام** **schizophrenia** والاضطرابات الذهانية الأخرى .ولكنها تعالج **الأعراض الإيجابية** **positive symptoms** فقط للفصام و تتسبب في آثار جانبية خطيرة.
- يستخدم **العلاج بالصدمات الكهربائية** **lectroconvulsive therapy (ECT)** الآن بشكل رئيسي مع مرضى الاكتئاب .وبينما قد يكون أكثر فاعلية من مضادات الاكتئاب،إلا أن فوائده على المدى القصير فقط، وقد يسبب القصور المعرفي والعاطفي على المدى الطويل .
- وفقاً لفرويد Freud ، ينطوي **الاضطراب العصبي** **neuroses** على استخدام الدفاعات في محاولة للتغلب على القلق، ولكن تلك الدفاعات الذاتية للمرضى، هي ما يخلق الضيق والآلم الذي يشعر به كل مريض.

- تشمل أهداف **التحليل النفسي psychoanalysis توفير البصيرة providing insight**. ويبقى المحلل مجهولاً، مما يسهل عملية **التحويل transference**.
- تفسير **التحويل transference** سمة مميزة للتحليل النفسي ، مثله مثل **التحويل المقابل counter-transference** يجب تفسير **مقاومة resistance** العميل نفسها؛ **والتداعي الحر free association** وتفسير **الأحلام** هي التقنيات الرئيسية الأخرى.
- يمثل **العلاج النفسي المتغير (التفاعلي) المختصر Brief psychodynamic psychotherapy** شكلاً معدلاً للتحليل النفسي.
- يتعامل **العلاج المختصر المركز Brief focal therapy** مع منطقة معينة من الصعوبة في فترة أقل بكثير من الفترة التي يستغرقها التحليل النفسي التقليدي .
- يشير **العلاج والتعديل السلوكي modification Behaviour therapy** إلى التقنيات التي تعتمد على **الاقتران الشرطي التقليدي classical conditioning والفعال operant conditioning** على الترتيب .كل منهما يرى أن

السلوك المتكيف وغير القادر على التكيف يتم اكتسابهما بنفس الطريقة، وكلاهما يرفض النموذج الطبي.

- يرى إيزنك Eysenck وراتشمان Rachman حالة الصغير ألبرت كنموذج لكيفية اكتساب **الرهاب phobias**. ولكن هذا يمكن أن يفسر فقط **التعلم الأولي** للرهاب **initial learning** (من خلال الاقتران الشرطي التقليدي) وليس **استمراره persistence** (والذي يحدث من خلال التعزيز السلبي).
- وفقا لولب Wolpe، فإن المبدأ الرئيسي في **إزالة التحسس الممنهجة (SD) systematic desensitisation** هو **التثبيط المتبادل reciprocal inhibition**. ولكن ليس **الاسترخاء relaxation** ولا استخدام **التدرج الهرمي hierarchy** للتعرض للرهاب هو الضروري، ومن الواضح أن "العنصر النشط" **هو التعرض exposure** نفسه للكائن / الموقف الرهابي.
- يمثل كل من العلاج **بالانهيار الفجائي (العلاج الإندفاعي) implosion** و**الغمر بالمخاوف flooding** أشكالاً لـ "**اختبار الواقع القسري**"**'forced reality testing'**. ويعتقد أن علاج الغمر بالمخاوف أكثر فاعلية من كل علاجات الرهاب.

- يعد **العلاج بالتنفير Aversion therapy** مثيراً للجدل فيما يخص استخدامه مع المثليين جنسياً. **التوعية الخفية (الاستيعاب الضمني دون توجيه مباشر) Covert sensitisation** نوع من العلاج بالتنفير ولكنه يحدث في مخيلة المريض، وهو الأفضل لأسباب إنسانية.
- كان للوفاس Lovaas الريادة في استخدام **الاقتران الشرطي الفعال operant conditioning** مع الأطفال المصابين بالتوحد في محاولة لتعليمهم استخدام الكلام. وقد استخدم **تعديل السلوك Behaviour modification** بنجاح مع البالغين والأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم.
- كان كل من أيلون Ayllon وأرزين Azrin رائدان في تعديل السلوك باستخدام **المكافآت الرمزية token economy (TE)**، استناداً إلى مبدأ **التعزيز الثانوي secondary reinforcement**. قد تكون المكافآت الرمزية فعالة بسبب الطريقة التي تغير بها **مجموعة staff** السلوكيات والمواقف، على عكس ما قد تتنبأ به مبادئ التعلم نظرية. أيضاً تثير المكافآت الرمزية بعض القضايا **الأخلاقية ethical** ذات الأهمية الكبيرة.
- يستند **العلاج المعرفي السلوكي Cognitive-behavioural therapy (CBT)** على الرأي القائل بأن الاضطرابات التي تم

تشخيصها طبياً كانت تنطوي على **الأفكار / المفاهيم الإدراكية الخاطئة faulty thoughts/cognitions**، والتي ينتج بعدها السلوك غير القادر على التكيف. و**إعادة الهيكلة المعرفية Cognitive restructuring** وسيلة لتحقيق الغاية من تغيير المشاعر والسلوك.

- يهدف علاج **"الأفكار التلقائية" 'automatic thoughts'** لبيك Beck إلى مساعدة العملاء على فهم **الثالوث المعرفي للاكتئاب cognitive triad of depression**. ينطوي العلاج على تدريب الشخص أن يكون أكثر موضوعية، والفصل بين الواقع الشخصي والتقييم، ورؤية الأشياء بطرق أقل تطرفاً.
- ينطوي تقييم **فاعلية العلاج effectiveness of therapy** على كل من **النتيجة البحثية outcome research** و**العملية البحثية process research**. زعمت المقالة البارزة التي كتبها إزنك Eysenck أن التعافي من الاضطراب العصبي الذي يعقب العلاج النفسي ليس أفضل من معدل الشفاء العفوي **spontaneous remission**.
- تزايدت النتائج البحثية اللاحقة من الناحية الكمية والنوعية، وهو أحد التطورات الهامة لاستخدام **التحليل الإبداعي meta-analysis**.

- بعكس تجارب الأدوية، فإنه قد يكون من المستحيل في العلاج النفسي لوضع **ضوابط للدواء الوهمي غير النشط inactive placebo control**.
- يُعرف فرانك الأربعة **عوامل غير الواضحة non-specific factors** التي تساعد على مكافحة الإحباط، وهي القواسم المشتركة بين كل أولئك الذين سعوا لطلب المساعدة العلاجية. ويرتبط بذلك بمفهوم باندورا عن **الكفاءة الذاتية self-efficacy**.